

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N° 76

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul DESNOS

Né à Vitré, le 10 décembre 1885

LA

MÉNINGITE AIGUË
SYPHILITIQUE

Président : M. ROGER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1910

76

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul DESNOS

Né à Vitré, le 10 décembre 1885

LA

MÉNINGITE AIGUË
SYPHILITIQUE



Président : M. ROGER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

A GRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La connaissance des localisations méningées de la syphilis n'est pas nouvelle et cette question avait déjà été étudiée autrefois, en particulier par Vidal de Cassis, par Gros et Lancereaux. Mais, en réalité, à ces observations anciennes, pour typiques qu'elles soient, il manque le contrôle anatomique et l'étude du liquide céphalo-rachidien. De plus, manifestement, un certain nombre de cas, comme celui de Bouchard et Cornil, ressortissent non à la méningite aiguë syphilitique telle qu'on doit la comprendre à l'heure actuelle, mais à la méningite chronique gommeuse ou scléro-gommeuse. D'ailleurs, ces observations anciennes sont peu nombreuses, éparses dans la littérature médicale et, pendant longtemps, les auteurs n'ont accordé aucune importance à cette complication de la syphilis, certains allant même jusqu'à en nier l'existence.

C'est surtout depuis l'emploi pour ainsi dire systématique de la ponction lombaire en clinique, que la méningite syphilitique a pu être mieux connue et que l'on a pu en faire une étude approfondie.

Nous n'avons pas à énumérer, ici, les travaux auxquels elle a donné lieu, observations nombreuses

telles que celles de Widal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Gaillard et d'Œlnitz, Sicard et Roussy, ou travaux d'ensemble (thèses de de Coux, de Drouet, de Goujat).

On trouvera, en effet, à l'index bibliographique, la mention de ces différents travaux.

Nous n'avons, d'ailleurs, l'intention d'étudier ici que l'une des variétés cliniques — la plus importante de beaucoup — de la réaction méningée des syphilitiques : la *méningite aiguë syphilitique*, qui a une individualité très tranchée, et dont l'étude présente un gros intérêt, de par les ressemblances cliniques très marquées de cette forme avec les méningites tuberculeuses.

Nous éliminerons donc, en conséquence, les *méningites syphilitiques latentes* qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme clinique et que seule la ponction lombaire peut révéler, et les *méningites syphilitiques frustes* qui ne se traduisent que par de la céphalée, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et de la lymphocytose. A la suite de M. Milian, nous n'accorderons le nom de méningite aiguë syphilitique qu'aux affections réunissant les trois conditions suivantes : 1° syndrome méningé aigu ou subaigu survenant chez un syphilitique avéré ; 2° lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, avec absence du bacille de Koch et non-tuberculisation du cobaye ; 3° efficacité non-douteuse du traitement mercuriel.

Ainsi comprise, l'étude de la méningite aiguë

syphilitique présente un grand intérêt et cela à plusieurs points de vue :

Au point de vue *clinique*, car la symptomatologie de l'affection est, tout au moins au début, un peu spéciale, et la complication pourra parfois être dépistée précocement.

Au point de vue du *diagnostic*, parce que la confusion avec la méningite tuberculeuse est parfois pour ainsi dire impossible à éviter et que l'autopsie, seule, a pu trancher la question.

Au point de vue *thérapeutique* enfin, car un traitement mercuriel, bien conduit, peut, dans un grand nombre de cas, amener la guérison du malade.

LA MÉNINGITE AIGUE SYPHILITIQUE

ÉTIOLOGIE

A ce point de vue, nous distinguerons les méningites syphilitiques qui peuvent survenir au cours de la syphilis héréditaire et celles qu'on observe dans la syphilis acquise, de beaucoup les plus importantes.

La réalité des accidents méningés aigus au cours de l'*hérédo-syphilis* est établie par une série d'observations (Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré, Mahot et Barthélemy, etc.). Les accidents méningés, et pareils, sont d'ailleurs rares, comme le prouve le petit nombre des observations : il s'agit d'une complication précoce : dans le cas de Ravaut et Ponselle ; il s'agissait d'un nourrisson de trois semaines, de trois mois dans celui de Ravaut et Daré, de neuf mois dans celui de Mahot et Barthélemy.

On a même prétendu que ces accidents méningés pouvaient survenir à une période très tardive de la syphilis héréditaire. Mais, nous n'avons pas trouvé, à ce point de vue, de cas suffisamment probants.

Beaucoup plus intéressante est l'étiologie des méningites aiguës que l'on observe dans la *syphilis acquise*.

La fréquence de ces accidents méningés a donné lieu à de nombreuses discussions, et l'on a admis longtemps, avec Mauriac et Lancereaux, qu'ils étaient loin d'être rares dans la première année de la syphilis. A l'heure actuelle, avec les nouveaux procédés d'investigation qui permettent de déceler les réactions méningées et surtout d'en déterminer la nature syphilitique (réaction de Wassermann), le nombre des observations s'est beaucoup accru et il est certain que la méningite aiguë, sans être fréquente, n'est pas une manifestation exceptionnelle de la syphilis. Elle s'observe le plus souvent à l'âge adulte, ce qui est en rapport avec la fréquence plus grande de la syphilis à cette période de la vie, et beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme (dans la proportion de trois contre un).

Le plus souvent, les accidents méningés surviennent au cours de syphilis s'étant manifestées antérieurement par des accidents cutanés graves. Dans une statistique de Goujat, portant sur 15 cas, dans 10 il y avait eu des manifestations graves ; dans 4, des accidents bénins, et dans 1 cas, la méningite était antérieure aux accidents. C'est que, en effet, il ne s'agit pas là d'une règle absolue, et notre observation est particulièrement typique. La malade n'avait présenté aucune manifestation nette de syphilis cutanée avant l'apparition des accidents méningés, et les premières manifestations de ce genre ne se produisirent que trois semaines après la guérison sous forme d'une éruption généralisée d'élé-

ments papulo-squameux tout à fait typiques.

Naturellement, il s'agit là d'exceptions, et dans l'immense majorité des cas, la complication méningée survient chez les malades porteurs d'accidents syphilitiques cutanés, primitifs ou secondaires très nets. Elle survient en moyenne, le plus souvent, entre trois et six mois après le chancre, mais elle peut être beaucoup plus précoce et se produire quand le chancre est en pleine évolution comme dans le cas de Vidal de Cassis, ou, au contraire, plus tardive, et ne faire son apparition que huit, dix, douze mois après le chancre comme dans les cas de Debove, d'œttinger et Hamel, de Gaucher et Malloisel. Dans notre cas, il semble qu'il en soit ainsi, car ces éruptions papulo-squameuses ne sont guère fréquentes avant le septième ou huitième mois de l'infection syphilitique.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir, c'est que la méningite aiguë syphilitique survient toujours très précocement ; et il n'existe pas encore à l'heure actuelle d'observations suffisamment probantes pour pouvoir admettre la division que MM. Œttinger et Hamel ont voulu établir dans les méningites syphilitiques ou méningites secondaires et méningites tertiaires : les derniers accidents étant beaucoup plus probablement dus à des lésions localisées des vaisseaux ou du tissu cérébral même, qu'à l'inflammation diffuse des méninges, qui caractérise la méningite aiguë syphilitique.

Il est intéressant, dans ce chapitre étiologique,

d'étudier si le traitement antisyphilitique semble avoir une action préventive sur l'apparition de ces accidents méningés. Il faut reconnaître que, dans la plupart des observations, les malades avaient été antérieurement traités et la plupart très convenablement, soit par des pilules comme le malade de Suchy, soit par des injections solubles comme le malade de Gaucher et Malloisel, soit par l'huile grise comme dans le cas de Sicard et Roussy. Notre malade fait évidemment exception à ce point de vue puisque, la syphilis étant ignorée jusque-là, elle n'avait pu être traitée.

En résumé, fréquence relative de ces accidents méningés ; apparition, le plus souvent, entre le troisième et le sixième mois. Apparition chez des malades porteurs d'accidents secondaires nets et souvent très marqués ; apparition enfin, malgré le traitement, telles sont les grandes notions que nous pouvons déduire de cette étude étiologique.

Il nous reste à chercher s'il n'existe pas, du côté du malade, certaines conditions individuelles qui peuvent prédisposer à l'éclosion de ces accidents méningés.

Il est évident qu'on peut incriminer, comme toujours — et il existe quelques observations probantes à ce point de vue — les tares nerveuses héréditaires et les intoxications qui touchent plus ou moins profondément le système nerveux : intoxication alcoolique sur laquelle M. Fournier a insisté, et intoxication saturnine comme dans les cas de Boi-

din et Weill, de Hayem et Bensaude. Il est en tout cas intéressant de noter que, chez notre malade, il existait des tares névropathiques manifestes (idées obsédantes, crises de tristesse).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les renseignements anatomiques sur les méningites aiguës syphilitiques sont peu abondants, car les autopsies sont rares en pareil cas. Nous n'avons pas, sur ce point, de documents personnels, notre malade ayant guéri, et nous ne pouvons que reproduire les descriptions que l'on trouve dans les auteurs, principalement dans les cas de Sicard et Roussy, de Ravaut et Ponselle, de Ballet et Barbé.

Anatomie macroscopique. — Les lésions intéressent surtout les méninges cérébrales, mais, il est cependant fréquent de constater leur extension sur les méninges spinales et ceci surtout dans les formes aiguës. *La dure-mère* ne présente extérieurement pas de lésions et n'adhère pas aux os du crâne. Elle peut, par contre, présenter des adhérences avec les méninges sous-jacentes, adhérences légères dans le cas de Sommer, très marquées au contraire, dans le cas de Suchy. Une fois la dure-mère incisée, il s'écoule une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien, et l'on peut apprécier les lésions de l'arachnoïde et de la pie-mère. *La pie-mère* est œdématisée, très vascularisée et fortement épaissie. Elle prend souvent un aspect trouble. Ce qui domine (cas de

Sicard et Roussy, de Malloisel et Nathan) c'est un œdème gélatineux, présentant par place l'aspect collodionné de Fournier et Oppenheim, surtout abondant entre la pie-mère et les circonvolutions sous-jacentes, comme dans le cas de Malloisel et Nathan, mais envahissant parfois l'espace sous-arachnoïdien sous forme de traînées éparses. *Les ventricules* peuvent être parfois intéressés : dans le cas de Sommer, les parois étaient ramollies, et la cavité remplie d'un liquide ressemblant à du lait caillé ; liquide teinté de sang dans le cas de Suchy. Quant à *l'encéphale* il ne présente que des lésions de congestion plus ou moins marquées, parfois même, il ne semble nullement atteint par l'infection des méninges.

Au point de vue *microscopique*, nous avons deux observations très complètes, l'une de Sicard et Roussy, l'autre de Ballet et Barbé, qui ont précisé nos connaissances à ce sujet.

Nous reproduisons ci-dessous les examens anatomo-pathologiques qui accompagnent ces observations :

Cas de Sicard et Roussy. — Méninges molles. Les espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens sont, sur toute l'étendue des centres nerveux, cerveau et moelle, le siège d'une *infiltration embryonnaire intense*. Ce sont de petites cellules rondes, lymphocytaires, qui, par place, se réunissent en amas. Au milieu de ces cellules rondes il existe des éléments polynucléaires plus abondants en certains points. Les vais-

seaux spinaux sont le siège de lésions de *péri* ou *d'endovascularite*. L'inflammation embryonnaire ne s'avance que peu dans les septa conjonctivo-vasculaires, mais les vaisseaux spinaux antérieurs et postérieurs sont le siège d'une dilatation évidente.

Le canal épendymaire est également dilaté et légèrement infiltré. Les racines ne sont atteintes que superficiellement, l'infiltration embryonnaire ne fait que les recouvrir, sans les pénétrer ni les dissocier. Cette même infiltration se retrouve au niveau des ganglions rachidiens. Au niveau du cerveau, en dehors des enveloppes méningées directes, il n'existe de réaction de la substance cérébrale que dans le territoire nerveux desservi par la sylvienne gauche.

La *sylvienne gauche* est oblitérée sur une étendue de 1 centimètre par un caillot fibrineux. L'endartère prolifère activement, l'infiltration s'est étendue à la mésartère, au vasa vasorum, à l'adventice, sans que l'on puisse saisir exactement la lésion de début.

Les *plexus choroïdiens* ont conservé leur épithélium épendymaire, mais leurs vaisseaux sont très dilatés. avec, par endroit, un certain degré de diapédèse hématique, sans infiltration embryonnaire.

Dans l'observation de Ballet et Barbé, on trouve les détails suivants :

Au niveau des méninges, on voit une infiltration de lymphocytes dans la pie-mère épaissie ; les espaces sous-arachnoïdiens sont aussi le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse ; les lymphocytes sont surtout accumulés dans le voisinage des vaisseaux sanguins ; de plus, cette infiltration

cellulaire se prolonge, avec la méninge, dans le fond des sillons. Il y a donc surtout des amas lymphocytaires dans le voisinage des vaisseaux. Les vaisseaux étaient très altérés. On notait de la péri-artérite aussi bien que de la périphlébite. Dans les artères on trouve surtout une infiltration lymphoïde diffuse très abondante ; il y a, de plus, une dilatation vasculaire très nette.

Enfin signalons la présence de points de caséification, siégeant surtout sur la face inférieure des hémisphères. La recherche du spirochète, de même que celle du bacille de Koch, est restée négative.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de la méningite aiguë syphilitique est variable. Dans quelques cas, il est absolument brusque (obs. de Sicard et Roussy, de Gaucher et Malloisel), mais, le plus souvent, il est progressif, et avant d'arriver à la période d'état, les malades passent par une première période dite *période prodromique* que nous allons étudier tout d'abord, et qui, d'après les statistiques, semble exister dans la proportion de 3 cas sur 4.

Période prodromique. — Les symptômes qui caractérisent cette première période peuvent être très variés, mais nous ne saurions souscrire à l'opinion des auteurs, qui rangent dans cette première période des cas où la localisation méningée se caractérisait par des vomissements à type cérébral, par des troubles intellectuels très marqués et du délire, car il semble bien que, dès ce moment, la période d'état était pour ainsi dire constituée.

En supprimant ces divers symptômes, le tableau de cette première période se trouve très simplifié. On a pu observer :

Des vertiges et des bourdonnements d'oreille,
comme dans l'observation de Laubry et Giroux, de

Sicard et Roussy, mais, en somme, cette période est surtout caractérisée par deux symptômes : de la *céphalée* et de l'*insomnie*.

La *céphalée* est le grand symptôme de la période prodromique. Notre observation est, à ce point de vue, particulièrement typique. Pendant deux mois, la malade souffrit dans la tête. Cette céphalalgie était quotidienne, persistante, et souvent plus marquée la nuit.

Nous trouvons là les trois caractères essentiels de cette céphalée prémonitoire : 1° elle est *continue* et résiste à tous les traitements habituels des céphalées ; 2° elle est diffuse, quoi qu'elle puisse, cependant, présenter (certaines observations en font la preuve) des localisations nettes, de préférence occipitales ou frontales. Enfin elle subit des exacerbations nocturnes présentant, en cela, le caractère de toutes les céphalées syphilitiques. Les observations relevées dans les divers auteurs sont, à ce point de vue, tout à fait conformes à la nôtre (observations de Mauriac, de Sicard et Roussy, de Boidin et Weill, etc.).

L'*insomnie* est un symptôme également très important de cette période, quoiqu'il manque dans un certain nombre d'observations. Notre malade ne s'est jamais plainte à ce point de vue, mais lorsqu'il existe, ce symptôme, par son intensité, sa persistance, sa résistance aux médicaments nervins, doit attirer l'attention, et Milian a très justement insisté sur ce point.

Enfin il faut encore signaler, à cette époque, la possibilité de *phénomènes généraux*, de manifestations *d'asthénie* plus ou moins marquée. Dans notre cas, la malade, pendant les deux mois qui précéderent l'éclosion des accidents méningés et pendant laquelle, nous l'avons vu, la céphalée fut constante, la malade *maigrit* considérablement. Et l'on conçoit toute l'importance d'un pareil fait, particulièrement dans un cas comme le nôtre où les manifestations syphilitiques avaient jusque-là passé inaperçues, et où l'apparition des phénomènes méningés devait tout naturellement orienter les idées plutôt vers l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse que vers celle d'une lésion syphilitique.

Ces troubles généraux sont, d'ailleurs, loin d'être rares, et nous les trouvons très nettement indiqués, en particulier dans une observation de Parrot. On a aussi signalé à cette époque des vertiges, des troubles de la marche : dans le cas de Laubry et Giroux, la malade titubait « comme une femme ivre ».

Quoi qu'il en soit, la durée de cette période est extrêmement variable. Elle s'étend de quelques jours à plusieurs mois, mais, en moyenne et dans les cas vraiment typiques, elle dure de un mois et demi à deux mois. La conclusion de ces faits, et c'est là le point vraiment important, c'est que l'apparition chez un syphilitique à la période secondaire, d'une céphalée constante avec ces caractères d'intensité croissante, de résistance au traitement, surtout

lorsque cette céphalée s'accompagne d'insomnie, doit faire redouter l'existence de lésions méningées au début de leur évolution et commande, d'une façon absolue, un traitement particulièrement intensif. Nous aurons l'occasion de nous étendre plus longuement sur ce point, quand nous arriverons au chapitre du traitement de la méningite syphilitique aiguë.

PÉRIODE D'ÉTAT

Lorsque cette période est constituée, le tableau clinique est essentiellement celui des autres méningites aiguës, c'est-à-dire que l'on retrouve, ici, le « trépied méningitique » et l'ensemble des symptômes portant sur le système nerveux (signe de Kernig, raideur de la nuque, troubles oculaires) et sur les divers appareils respiratoire, circulatoire, ainsi que sur la température. On pourrait donc établir, d'emblée, une description synthétique de l'affection, mais, en réalité, il existe des formes cliniques assez variées et il nous semble préférable d'étudier séparément les symptômes les uns après les autres au point de vue de leur valeur sémiologique, nous aborderons ensuite la description des diverses formes cliniques, étudiant, en même temps, l'évolution de ces formes. Nous allons donc étudier successivement ces principaux symptômes.

Troubles du système nerveux. — Les troubles du

système nerveux comprennent l'étude successive des troubles de la motilité volontaire (contractures, convulsions), de la motilité réflexe, les troubles de la sensibilité et enfin les troubles intellectuels et les troubles vaso-moteurs.

Les contractures peuvent donner naissance à trois symptômes dont on connaît la grande valeur en matière de lésions méningées : la raideur de la nuque, le signe de Kernig et le ventre en bateau.

La raideur de la nuque semble, d'après les observations, un symptôme très fréquent. Pourtant, d'après Oettinger et Hamel, elle manquerait dans un grand nombre de cas. En réalité, en cas de méningite syphilitique, ce symptôme est souvent d'une intensité moyenne et on peut faire faire au malade quelques mouvements de rotation, d'ailleurs pénibles, et, beaucoup plus rarement, la raideur de la nuque sera très intense, pouvant s'accompagner parfois d'opisthotonos, comme dans le cas de Ravaut et Darré. Ces caractères sont bien marqués dans notre observation et le symptôme apparut dès le début des accidents, mais jamais la raideur de la nuque ne fut absolue. De plus, l'intensité du phénomène était variable suivant les examens successifs, et nous retrouvons d'ailleurs ces mêmes caractères dans un grand nombre de cas (Ravaut et Ponselle, Boidin et Weill, etc.).

Le signe de Kernig, que l'on recherchera par les procédés habituels, paraît assez constant et semble avoir existé dans presque tous les cas où on l'a sys-

tématiquement recherché. Il manque cependant dans le cas d'œttinger et Hamel et à ce point de vue notre observation concorde avec celle de ces auteurs. Chez notre malade le signe de Kernig a été recherché à de nombreuses reprises, et jamais la moindre ébauche n'a été constatée.

L'aspect spécial du ventre, dit *ventreen bateau*, est plus rarement constaté. On le trouve cependant dans les observations de Ravaut et Darré, de Boidin et Weill. Il manque dans la nôtre comme dans celle de Gaillard et d'œlnitz.

Les convulsions peuvent s'observer mais elles ne sont pas très fréquentes. En tous cas elles s'observent plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Comme dans toutes les lésions méningées elles peuvent être généralisées ou partielles.

Les paralysies sont rares, exception faite des paralysies oculaires que nous étudierons plus loin, ou plutôt elles sont signalées dans un certain nombre d'observations, mais celles-ci ne semblent pas des cas très nets de méningites syphilitiques pures, sans lésions des centres corticaux.

Enfin, les *troubles des réflexes* sont des plus variables, tantôt ils sont abolis (Boidin et Weill), exagérés le plus souvent avec des symptômes de spasmodicité (Laubry et Giroux). Dans notre observation les réflexes rotuliens étaient normaux; le réflexe cutané abdominal faible à droite, aboli à gauche; le réflexe cutané plantaire faible, en flexion. Le signe de Babinski est signalé dans un certain

nombre d'observations, surtout dans celles où le malade présenta une hémiplégie, dont il conserva un reliquat plus ou moins marqué après guérison de la méningite.

On a pu, également, observer de la *paralysie faciale*.

Les troubles des sphincters sont inconstants. Ils manquent dans notre observation. Lorsqu'ils existent, ils se manifestent tantôt par de la rétention (cas de Bonnet), tantôt et le plus souvent, par de l'incontinence de l'urine et des matières.

Les troubles de la sensibilité sont rares, et d'ailleurs la plupart des observations sont muettes sur ce point. Dans notre cas, il n'existait pas de modifications objectives bien nettes. Généralement, le malade étant plus ou moins obnubilé, l'exploration de la sensibilité est très difficile.

La céphalée persiste à cette période et même s'aggrave, restant un des symptômes essentiels de l'affection. Elle garde encore ses deux caractères d'exacerbation vespérale et de non-localisation. Mais elle s'atténue, et assez rapidement, par le traitement. Dans notre observation, ce caractère était des plus nets, et après quelques piqûres, la malade accusa un soulagement très notable. Notons enfin qu'elle s'accompagne parfois de rachialgie très marquée, comme dans le cas de Laubry et Giroux.

Les troubles intellectuels sont constants, il y a, le plus souvent, un état de stupeur et d'obnubilation très marqué que l'on retrouve dans les observations

de Debove, de Sicard et Roussy, de Magne. Dans notre observation, la malade était triste, déprimée moralement et physiquement et obsédée par la peur de mourir. Ces phénomènes de dépression peuvent d'ailleurs être remplacés par des phénomènes d'excitation et le *délire* est loin d'être rare dans la méningite syphilitique. Le plus souvent, il s'agit d'un délire tranquille, léger, discontinu. Plus rarement de délire violent comme dans le cas de Suchy, où le malade court autour de la chambre comme un fou et pousse des cris.

La raie méningitique existe dans un certain nombre d'observations. On ne signale pas d'alternatives de rougeur et de pâleur, comme dans la méningite tuberculeuse.

Les troubles oculaires portent soit sur la musculature externe, soit sur l'œil même. Du côté de la musculature externe, ce qu'on constate le plus souvent, c'est du strabisme avec diplopie, avec ou sans ptosis. Ces paralysies qui manquent environ une fois sur deux et qui manquaient dans la nôtre, présentent deux caractères importants, elles sont le plus souvent incomplètes et de durée éphémère.

Du côté des *pupilles*, on constate, suivant les cas, soit du myosis, soit beaucoup plus souvent, comme dans notre cas, de la mydriase, soit quelquefois de l'inégalité pupillaire, comme dans le cas de Boidin et Weill. Les pupilles sont généralement paresseuses, mais réagissent à la lumière à l'accommodation sauf

dans un cas d'Ëttinger et Hamel où il y avait une ébauche de signe d'Argyll.

L'examen du fond de l'œil n'est mentionné que dans quelques observations (Krœnig, Gaucher et Malloisel, Suchy, Hoffmann).

Hoffmann note de la stase papillaire, Krœnig une coudure des vaisseaux rétiniens à leur passage sur la papille ; plus tard papille à limites floues, coloration blanchâtre de la papille dans sa moitié temporale à droite. Dans le cas de Suchy « les papilles sont rouge vif, mal limitées ; la coloration rouge vif est interrompue par des taches blanches. Les artères sont fortement gorgées de sang, les veines de même ». Dans le cas de Gaucher et Malloisel, l'examen ophtalmoscopique montrait une papillite inflammatoire. L'examen du fond de l'œil présente donc, là comme dans toutes les affections du système nerveux, une grande importance. Peut-être la stase papillaire, qui traduit l'hypertension intra-cranienne, est-elle en rapport avec des lésions syphilitiques de l'épendyme ; en tous cas, lorsqu'elle existe, elle constituerait un signe différentiel important d'avec la méningite tuberculeuse où la stase papillaire est fort rare (Dupuy-Dutemps). Pour notre malade, l'examen du fond de l'œil, pratiqué par M. Galezowski, fut tout à fait négatif.

Les troubles digestifs comprennent les vomissements et la constipation qui, avec la céphalée, constituent le trépied méningitique classique.

Les vomissements sont ici ce qu'ils sont dans

toutes les autres méningites. Ce sont des vomissements faciles, survenant sans effort, présentant, en un mot, les caractères du vomissement cérébral. Ils peuvent survenir dès le début de l'affection et continuer pendant toute la période d'état ; parfois, au contraire, ils n'apparaissent qu'à la période terminale. Tantôt, des malades n'ont que des vomissements très espacés, telle la nôtre qui ne vomissait qu'une ou deux fois par jour. Dans d'autres cas, les crises sont très rapprochées, les vomissements sont incessants comme dans le cas de Hoffmann.

La constipation est mentionnée dans un grand nombre d'observations (Laubry et Giroux, Gaucher et Malloisel). Elle peut se présenter avec le caractère de la constipation d'origine méningée, absolue et résistant aux purgatifs et lavements, mais souvent, comme dans notre observation, le symptôme n'existe qu'atténué et la constipation cède par instant à un traitement approprié.

Du côté de *l'appareil circulatoire*, nous n'avons pas beaucoup de renseignements. Le pouls peut être normal ou accéléré ; plus souvent, il est ralenti : 48 pulsations dans le cas de Bonnet, 55 dans le cas de Boidin. Chez notre malade, il y eut les premiers jours une tachycardie marquée (128), puis le pouls se ralentit et l'on put, les jours suivants, noter les chiffres 96, puis 84 pulsations.

Du côté de *l'appareil respiratoire*, les observations s'accordent pour noter l'absence de troubles bien marqués du rythme respiratoire, sauf pour le cas

de Magne, où il y avait une arythmie très marquée. Le rythme de Cheyne-Stokes n'a jamais été signalé. Il y a quelquefois une augmentation du nombre des mouvements respiratoires.

L'étude de la fièvre au cours de la méningite syphilitique a donné lieu à de nombreuses discussions. M. Fournier enseignait que l'absence de ce symptôme avait une grosse valeur au point de vue du diagnostic, et cette opinion a rencontré, pendant longtemps, de très nombreux partisans. Mais ces dernières années, les observations publiées ont montré que, presque toujours, à un moment donné de l'évolution de l'affection, la température s'élevait (Mauriac, Gaucher et Malloisel, Laubry et Giroux). Dans notre cas, la température était à 38°4 le premier soir, mais la fièvre tomba rapidement et le lendemain soir, la température n'était plus qu'à 37°9. Il y eut cependant, au cinquième jour, une reprise de la fièvre qui monta à 38 degrés pour redescendre ensuite et cette fois définitivement. Toutes les observations montrent, en tous cas, qu'il n'existe pas de type net de la fièvre dans la méningite syphilitique aiguë. Elle est irrégulière, procède par accès, et la température a une tendance très marquée à revenir rapidement la normale.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Il est inutile d'insister sur l'importance primordiale que présente, en pareil cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien, et l'omission de la ponction lombaire, en présence d'un syndrome méningé, serait des plus répréhensibles.

Cet examen a été pratiqué dans presque tous les cas et il a donné des résultats assez intéressants pour que nous puissions lui consacrer un chapitre spécial.

Nous étudierons successivement les diverses questions de la *pression* du liquide, de son *aspect*, de ses particularités *cytologiques* et *bactériologiques*.

Pression. — Dans beaucoup d'observations, on relève que le liquide s'écoulait avec une forte pression, en hypertension. La mesure de cette tension n'est donnée que dans l'observation de Krœnig, où elle oscillait entre 310 et 500 millimètres d'eau. La pression du liquide céphalo-rachidien peut être évaluée à l'aide d'un manomètre à air libre ou d'un manomètre à mercure. Quincke donne comme pression normale 40 à 60 millimètres d'eau. D'après Krœnig, elle varierait entre 100 et 150 millimètres suivant les sujets, dans la position couchée. A partir de 200 millimètres d'eau, on peut admettre qu'il existe de l'hypertension. On pourra rechercher ce signe, en adaptant un manomètre à air libre à l'aiguille de la ponction lombaire, le malade étant couché.

Aspect du liquide.— Dans la grande majorité des cas, le liquide est clair aussi bien au commencement qu'à la fin de la maladie, lorsque l'on a pratiqué plusieurs ponctions. Nous n'avons pas à discuter ici sur les erreurs auxquelles pourrait donner lieu la présence, dans le liquide, de sang provenant de la piqûre d'un vaisseau, ni sur les moyens employés habituellement pour reconnaître l'origine de ce sang.

Quelquefois le liquide est louche (Gaillard et d'Él-nitz, Goujat) par suite de l'abondance des éléments cellulaires. Parfois il est franchement purulent (Debove). En pareil cas, les observations montrent que le liquide s'éclaircit à mesure que la maladie s'améliore. C'est précisément dans ces liquides louches que l'on trouve surtout les polynucléaires.

Cytologie.— Le plus souvent l'examen du culot de centrifugation montre de la *lymphocytose* pure. Le nombre de lymphocytes par champ de microscope est variable ; il peut aller de 15 ou 20 éléments jusqu'à un nombre très considérable.

Parfois, avec les lymphocytes on rencontre quelques polynucléaires. Enfin dans certains cas, c'est la polynucléose qui domine (Sicard et Roussy, Queyrat et Demanche).

Dans notre cas, on observait un liquide clair, sans hypertension apparente, renfermant en moyenne 20 lymphocytes par champ d'immersion.

Les causes respectives de cette lymphocytose et de cette polynucléose ne sont pas déterminées. Pour Widal, la lymphocytose serait le résultat d'une irri-

tation méningée. « Au contraire, les polynucléaires du liquide céphalo-rachidien viennent par diapédèse des vaisseaux sanguins et traduisent un état de congestion vasculaire. »

Dans le cas de Claisse et Joltrain, le liquide, qui renfermait d'abord des lymphocytes, présenta de la polynucléose après que le malade eut reçu 10 centimètres cubes d'électrargol intra-rachidien. Dans le cas de Ravaud et Ponselle, il existait de la mononucléose.

Ajoutons que la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien n'est en rapport avec aucune particularité clinique de la méningite syphilitique, et qu'en outre cette formule est dépourvue de toute valeur pronostique. La seule chose que l'on puisse remarquer est que quand le malade est guéri le liquide ne renferme plus ou presque plus d'éléments cellulaires, dans la majorité des cas.

Au point de vue *bactériologique*, les examens ont toujours été négatifs. La recherche sur lames du tréponème n'a donné aucun résultat. Peut-être l'ultramicroscope permettrait-il de le découvrir dans le culot de centrifugation.

La recherche des autres microbes, en particulier du bacille de Koch, a toujours été négative, et c'est là un fait de la plus haute importance, la méningite syphilitique aiguë présentant un tableau clinique singulièrement analogue à celui de la méningite tuberculeuse. L'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye pourra éliminer définitivement l'idée

de tuberculose. Inutile de dire qu'il conviendra de ne pas attendre les résultats de l'inoculation pour instituer le traitement de la syphilis, si l'on soupçonne que c'est cette affection qui conditionne le syndrome méningé.

FORMES CLINIQUES ET ÉVOLUTION

Nous avons fait, dans le chapitre précédent, l'étude analytique des divers symptômes qui peuvent s'observer au cours de la méningite aiguë syphilitique. Mais tous ces symptômes ne se présentent pas toujours avec une allure identique. Suivant les cas, ils se groupent différemment, et il est ainsi possible de décrire des formes cliniques de l'affection. Nous décrivons donc, en indiquant à propos de chacune d'elle, l'évolution, une forme aiguë, une forme subaiguë et enfin des formes frustes. Nous dirons ensuite un mot des allures spéciales que présente la méningite syphilitique chez le nourrisson.

Dans *la forme aiguë*, le tableau clinique, lorsque le médecin est appelé auprès du malade, est généralement celui des infections méningées. On note le « trépied méningitique » au complet. Il y a de la fièvre, parfois du délire. Enfoncé sous ses couvertures, et le dos tourné à la lumière, le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose et ne profère que quelques phrases inintelligibles. Vient-on à le découvrir, on constate que souvent le ventre est rétracté, et l'examen méthodique permet de déceler de la raideur de la nuque et parfois le signe de Ker-

nig. Tableau qui, en somme, rappelle de très près celui de la méningite tuberculeuse à la période d'état et nous verrons plus loin toutes les difficultés que peut présenter parfois ce diagnostic différentiel.

Tous ces phénomènes peuvent aller en s'accroissant et la mort peut survenir au bout de huit, dix, quinze jours, avec parfois un stade de rémission, comme dans les cas de Suchy et de Magne, qui complète encore les ressemblances avec la méningite tuberculeuse. Plus souvent, lorsque le traitement intensif est appliqué dès le début, on voit les phénomènes graves rétrocéder et la guérison survient ; encore que les rechutes ne soient pas rares et que la maladie puisse évoluer par poussées successives cédant toutes sous l'influence du traitement convenable.

A vrai dire, d'ailleurs, ces poussées successives avec aggravation des symptômes correspondent plutôt à la *forme subaiguë* qu'aux formes vraiment aiguës de l'affection. L'évolution de la méningite syphilitique peut, en effet, être très longue, et la maladie durer un mois, deux mois et plus. Dans ces cas, on peut généralement distinguer dans l'évolution des phases très différentes : périodes d'accalmie, pendant lesquelles ne persiste que la céphalée, avec un léger degré de raideur de la nuque ou de Kernig, période d'aggravation pendant laquelle le syndrome méningé apparaît au grand complet, pour céder bruyamment et presque complètement en quelques jours, et l'évolution de ces formes subaiguës est ainsi constituée par une série de phases d'amélioration

et d'aggravation. C'est ainsi que le malade de Gaucher et Malloizel a présenté sept poussées aiguës.

La méningite syphilitique aiguë du *nourrisson* constitue une des formes les plus intéressantes de la maladie comme le montrent les observations de Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré, et la thèse de Stœber sur, *les Accidents méningés de la Syphilis héréditaire* (Paris, 1890).

Il n'a été publié que peu de cas de méningite syphilitique aiguë chez le nourrisson. Il est vraisemblable, cependant, que cette affection doit être plus fréquente que ne le laisserait croire le petit nombre d'observations publiées. Comme le fait remarquer Milian, beaucoup de méningites dites tuberculeuses doivent être, en réalité, des méningites syphilitiques. En effet, « lorsqu'on interroge les syphilitiques sur leur descendance, ils répondent invariablement que leurs enfants sont presque tous morts emportés par la méningite. Il est permis de penser que beaucoup de ces enfants sont victimes de méningites syphilitiques qui auraient pu guérir par le mercure ».

Comme nous l'avons dit au début de cette étude, nous n'avons pas à insister ici sur la *méningite syphilitique latente*, que, seule, décèle la ponction lombaire et qui ne s'accompagne d'aucun symptôme clinique. Nous passons également sur la *méningite syphilitique fruste* caractérisée par la triade symptomatique : céphalée, hypertension du liquide céphalo-rachidien, lymphocytose. Ces deux formes cliniques

de la méningite syphilitique ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet : méningite syphilitique aiguë. Ces deux formes cliniques ont été très bien décrites par M. Milian dans l'ouvrage de M. Gaucher sur *la Syphilis du Système nerveux*.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la méningite aiguë syphilitique présente, on le conçoit, une grande importance pratique, puisque de la notion causale dépend le traitement spécifique. D'autre part, d'après ce que nous avons vu à l'étude symptomatique, il est facile de se rendre compte que, en réalité, le tableau clinique de cette affection ne présente pas de symptômes spéciaux, de signes pour ainsi dire spécifiques de la nature de la maladie ; qu'il peut être, suivant le cas, celui de la méningite aiguë suppurée ou, plus souvent, celui de la méningite tuberculeuse. Il en résulte qu'au point de vue du diagnostic, l'importance première devra être accordée à l'étude des commémoratifs qui fera connaître l'existence chez le malade de la syphilis.

A vrai dire, le plus souvent, cette notion étiologique apparaîtra d'emblée, car, comme nous l'avons vu, c'est d'ordinaire chez des malades en pleine période secondaire, présentant des éruptions généralisées, que la localisation méningée se produit. Mais, dans d'autres cas — et particulièrement chez la femme — les manifestations cutanées de la syphilis ont pu passer inaperçues et l'on conçoit toute

L'importance qu'il y aura, dans ces cas, à rechercher s'il n'existe pas quelque trace de l'accident primitif ou si les malades ne présentent pas les manifestations générales habituelles de la syphilis secondaire (céphalée persistante, insomnie, perte de cheveux, angines à répétition). D'ailleurs, nous avons à l'heure actuelle un procédé qui permettra de reconnaître si le sujet est ou non indemne de syphilis : c'est la réaction de Wassermann. C'est, en effet, à cette phase de l'affection, en pleine période secondaire, que cette réaction, actuellement classique, donne les résultats les plus constants et l'on pourra éliminer le diagnostic de méningite syphilitique en présence de résultats négatifs fournis par cette méthode, à la condition, toutefois, que les réactions aient été faites non seulement avec le sérum des malades, mais aussi avec le liquide céphalo-rachidien, ce dernier examen ayant surtout de la valeur.

A vrai dire, d'ailleurs, du fait que le malade est syphilitique et en période active de syphilis, il ne s'ensuit pas nécessairement que les manifestations qu'il présente soient de nature syphilitique ; et le diagnostic de méningite une fois posé, il faudra reconnaître ensuite qu'il ne s'agit pas, chez un syphilitique, soit (ce qui est exceptionnel) de méningite cérébro-spinale épidémique, soit de méningite à pneumocoques (ce qui est rare), soit surtout de méningite tuberculeuse. Il n'est pas exceptionnel, en effet, que la syphilis apparaissant chez un tuberculeux, par le fait qu'elle détermine une diminution de résistance du système

nerveux à l'infection, on voit chez ces malades les lésions pulmonaires se compliquer de lésions méningées.

On le voit donc, suivant les cas, tantôt les symptômes méningés ne seront pas absolument nets et la méningite aiguë syphilitique pourra être confondue avec des affections très diverses : fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme cérébral, urémie, qui donnent une symptomatologie analogue en certains points ; tantôt, les symptômes méningés seront nets et il faudra différencier l'affection des méningites d'autre nature qui peuvent survenir chez les syphilitiques.

Sur le diagnostic différentiel de la méningite aiguë syphilitique avec les affections du premier groupe, il n'y a, croyons-nous, pas lieu d'insister. On a bien cité des cas où l'erreur avait pu être commise, au moins pendant quelques jours, mais l'examen complet et méthodique du malade, la recherche des signes propres à chacune de ces affections, surtout les résultats de la ponction lombaire, permettront d'éliminer ces différentes hypothèses ; de même, on aurait recours à la séro-réaction de Widal, dans les cas où l'on pourrait songer à la dothiéntérie. Le plus souvent, les symptômes méningés sont nets, le diagnostic de méningite s'impose et il reste seulement à déterminer si cette méningite est véritablement d'origine syphilitique, et à la différencier, par conséquent, de la méningite cérébro-spinale épidémique et de la méningite tuberculeuse.

Entre la méningite syphilitique et la méningite cérébro-spinale épidémique, la confusion est vraiment difficile. Dans ce dernier cas, on observe un début brusque, une température très élevée, des contractures extrêmement marquées : la notion d'épidémie d'une part, et surtout l'existence du méningocoque dans le liquide, permettront facilement le diagnostic. Il est seulement intéressant de noter que cette méningite cérébro-spinale épidémique peut s'accompagner parfois de manifestations cutanées, et que celles-ci, à un examen superficiel, pourraient faire penser à des accidents syphilitiques secondaires.

Les autres méningites aiguës sont, d'ordinaire, faciles à différencier de la méningite syphilitique; dans ces cas, en effet, il n'existe pas de prodromes. Le début est brutal, la température d'emblée très élevée; il y a du délire, le syndrome méningé est au complet et surtout il y a presque toujours une lésion de voisinage qui permet d'expliquer les accidents. Toutefois, il nous faut noter qu'on a signalé deux cas de méningite aiguë pneumococcique à la période secondaire de la syphilis qui en avaient imposé tout d'abord pour des méningites syphilitiques.

On conçoit toutes les difficultés d'un pareil diagnostic, possible seulement par les procédés de laboratoire. Mais, il ne s'agit, en réalité, que d'une exception.

Et, somme toute, la grosse difficulté consiste à distinguer la méningite aiguë syphilitique de la

méningite tuberculeuse car, ici, on ne peut plus se baser sur les éléments étiologiques, puisque nous avons vu que cette localisation du bacille de Koch n'était pas exceptionnelle chez les syphilitiques, et surtout, il y a entre les deux affections des analogies cliniques extrêmement marquées. Dans les deux cas, il y a une période prodromique longue; dans les deux cas, à la période d'état, la fièvre, le délire passent au second plan et, ce qui domine, c'est le trépied méningitique. Dans les deux cas, l'évolution est subaiguë.

On ne pourra dès lors se baser que sur des nuances. A la période prodromique, dans la méningite syphilitique c'est la céphalée qui domine et les phénomènes généraux sont très secondaires. Dans la méningite tuberculeuse au contraire ce sont ces phénomènes généraux qui dominent, en particulier l'amaigrissement et l'asthénie.

A la période d'état, la fièvre est plus constante dans la méningite tuberculeuse. Elle subit bien des rémissions, mais celles-ci sont toujours moins marquées que dans la méningite syphilitique, où nous avons vu que ce symptôme pouvait disparaître plusieurs jours.

La céphalée est plus violente dans la méningite syphilitique, et, par contre, la constipation moins irréductible. Les troubles respiratoires, circulatoires et vaso-moteurs sont beaucoup plus importants dans la méningite tuberculeuse.

Il ne faut pas, malheureusement, compter sur

l'examen du liquide céphalo-rachidien car la formule est presque identique dans les deux cas. Il ne faut pas, non plus, compter sur la recherche du bacille de Koch dans le liquide, car l'absence de celui-ci ne permet nullement d'éliminer l'hypothèse de tuberculose, et le seul procédé de diagnostic consiste dans l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye. Malheureusement, les résultats sont ici trop tardifs pour que ce procédé puisse avoir en clinique une valeur pratique.

Vincent et J. Combes (Société de Biologie 18 décembre 1909) ont indiqué récemment d'appliquer le procédé de la précipito-réaction au diagnostic de la méningite tuberculeuse, en utilisant le liquide céphalo-rachidien comme précipitine. On mélange I goutte de tuberculine brute avec VI gouttes de liquide sous-arachnoïdien, on met à l'étuve à 37 degrés. Le précipité apparaît entre dix et douze heures. Le chauffage, le vieillissement et l'insolation atténuent le pouvoir précipitant. Ce procédé ne semble pas appelé à un très grand avenir, car cette réaction s'est montrée positive chez les syphilitiques et les typhoïdiques (Bezançon et Philibert). Peut-être y aurait-il lieu de rechercher la même réaction avec des produits syphilitiques ? (Fornet et Cherekwesky, Jacobsthal.)

Nous ne ferons que mentionner ici le procédé de Forges et Meyer (1) et celui de Noguchi et

1. Voir Le Sourd et Pagniez, *Gazette des Hôpitaux*, 11 novembre 1909.)

Moore (1), qui sont loin d'être entrés dans la pratique courante, et ne fournissent pas de remarquables éléments de certitude.

En réalité dans les cas douteux, lorsqu'il sera impossible d'établir un diagnostic ferme, on aura recours au traitement d'épreuve qui seul pourra solutionner la question.

Nous devons ajouter que l'orientation spontanée de la maladie vers la guérison ne serait pas une indication infaillible de sa nature syphilitique. On a rapporté, en effet, assez récemment, des cas de guérison de méningite tuberculeuse qui paraissent incontestables. (Claisse et Abramis, *Société médicale des Hôpitaux*, 1905, p. 390. — Treyham, *Deutsche med. Woch.*, 6 septembre 1904, p. 797.)

1. Noguchi et Moore, *The Journal of experimental medicine*, 1909, p. 64, et *Biologie médicale*. nov. 1909. — Baudouin et Français, *La réaction butyrique de Noguchi et Moore* (*Revue neurologique*, 1910).

PRONOSTIC

Le pronostic de la méningite aiguë syphilitique doit être envisagé à un double point de vue : pronostic *immédiat* ; pronostic *tardif*.

Sur le pronostic immédiat de la méningite aiguë les opinions des auteurs diffèrent considérablement. Pour les uns (Boidin et Weill, Gauthier, Neumann) la méningite aiguë syphilitique est la moins grave de toutes les méningites aiguës et doit guérir si le traitement est suffisant. Pour les autres, au contraire, (Cœttinger et Hamel, Goujat) le pronostic immédiat est, au contraire, très sombre. En réalité, lorsque l'on compulse les observations on se rend compte qu'assez souvent la méningite aiguë syphilitique s'est terminée par la mort. Mais il semble cependant que, depuis ces dernières années, et en particulier depuis que l'emploi du cyanure de mercure s'est vulgarisé, le pronostic soit devenu meilleur, et on peut, nous semble-t-il, sans trop d'exagération, admettre l'opinion de Gauthier pour qui la méningite aiguë syphilitique est la moins grave de toutes les méningites aiguës, si l'on fait un traitement intensif.

Malheureusement, la guérison des accidents aigus n'est pas la seule chose que nous ayons à envisager

ici et l'on peut voir parfois, survenir à distance, des complications éloignées qui doivent faire réserver le pronostic ultérieur.

Nous ne voulons pas insister sur les rechutes ou les récidives qui font en somme partie intégrante de la méningite aiguë syphilitique.

Il n'en est pas moins vrai que, dans un certain nombre de cas, lésions méningées ont été suivies à plus ou moins longue échéance de lésions artérielles (artérite cérébrale), avec leur conséquence possible d'hémiplégie, et Goujat en rapporte dans sa thèse plusieurs observations très caractéristiques.

Il n'en est pas moins vrai aussi que ces lésions méningées, lorsqu'elles intéressent non seulement les méninges craniennes mais aussi les méninges rachidiennes peuvent devenir le point de départ de lésions subaiguës puis chroniques, et Cl. Vincent a montré le rôle que ces lésions chroniques des méninges peuvent jouer dans l'apparition des lésions tabétiques.

Pour en terminer avec ce chapitre, nous ajouterons que, chez les hérédosyphilitiques, les méningites aiguës entraînent un état de déchéance intellectuelle qui persiste longtemps après la guérison et l'observation de Ravaut et Darré est tout à fait intéressante à ce point de vue.

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas insister ici sur le traitement symptomatique qui est, au cours de la méningite aiguë syphilitique, ce qu'il est au cours de toutes les méningites.

Comme toujours, en pareil cas, on aura recours à la vessie de glace sur la tête, aux lavements purgatifs, au calomel à doses réfractées.

Nous n'insisterons pas, non plus, sur la valeur thérapeutique de la ponction lombaire, encore que celle-ci procure une amélioration notable et immédiate du symptôme le plus pénible, la céphalée : amélioration notée dans notre observation et que l'on retrouve aussi dans les observations de Debove, de Ravaut et Darré, de Bonnet et Goujat, etc.

La question primordiale est celle du traitement causal. Comment, en présence d'une méningite aiguë syphilitique, et sous quelle forme doit-on employer le traitement mercuriel ?

Disons tout de suite qu'il est classique d'employer l'iodure à la dose de 2 à 6 grammes par jour.

Mais, en réalité, ce médicament ne semble avoir qu'une action secondaire en pareil cas, et le rôle essentiel est dévolu au mercure.

Le mercure a été employé sous toutes ses formes. On a eu recours aux frictions, 5 ou 6 grammes d'onguent napolitain par jour, comme dans le cas de Sommer. On a employé les injections hebdomadaires insolubles (huile grise ou calomel) à la dose de 10 centigrammes pour le calomel, de 8 à 14 centigrammes de mercure métallique (huile grise à 40 o/o).

Mais il ne semble pas que dans les cas de méningites aiguës syphilitiques ces préparations soient spécialement indiquées. Il s'agit, en effet, d'une complication essentiellement aiguë et il est, à coup sûr, préférable d'avoir recours aux injections quotidiennes de sels solubles, sur la pénétration desquels on est fixé. Parmi ces sels solubles on pourra avoir recours soit au biiodure, soit au benzoate, les deux sels à la dose de 2 ou même 3 ou 4 centigrammes par jour. Mais, surtout, on emploiera les *injections intra-veineuses de cyanure de mercure*, qui constituent assurément le meilleur traitement des manifestations cérébrales de la syphilis. Tous les jours on pratiquera, avec les précautions habituelles, une injection de 1 centigramme de cyanure de mercure et l'on n'interrompra le traitement que si l'on voit survenir chez le malade des épreintes ou de la diarrhée sanglante qui constituent, d'ordinaire, en pareil cas, les premiers symptômes de l'intoxication mercurielle.

Il nous faut encore citer un mode d'administration du mercure préconisé récemment. C'est l'injection intra-rachidienne de sels mercuriels (cas

d'œttinger et Hamel, de Claisse et Joltrain), méthode qui, d'ailleurs, n'est pas encore entrée dans la pratique courante.

En tous cas, quel que soit le sel choisi et le mode d'administration employé, le traitement devra être *précoce et intensif*.

Précoce, et on devra y avoir recours dès la période prémonitoire si on peut à ce moment établir un diagnostic ferme.

Intensif, et dès le début on aura recours aux doses que nous avons indiquées plus haut.

De toute façon, le traitement devra être continué un certain temps après la guérison en raison des rechutes et récidives que l'on peut observer chez ces malades.

Quant aux résultats, ils sont variables. Il est bien certain que, dans la plupart des cas, lorsque le traitement a pu être appliqué dès le début des accidents et qu'il a été intensif, les malades ont guéri. Néanmoins, même avec ces deux conditions réunies, on a observé un certain nombre de cas de mort (Sommer, Sicard et Roussy, Ballet et Barbé).

Il semble, pourtant, que ces dernières années et depuis la vulgarisation de l'emploi du cyanure, les cas de guérison soient plus fréquents. Ce médicament reste, à notre avis, le médicament de choix, celui auquel il faut avoir recours tout d'abord en présence de méningite aiguë syphilitique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle, inédite.)

(Recueillie dans le service de M. le D^r Souques à l'hospice d'Ivry, et due à l'obligeance de M. le D^r H. Chéné.)

C... Louise, vingt-cinq ans, infirmière, entre à l'infirmerie le 29 novembre pour une céphalalgie violente qui l'a obligée à interrompre son travail.

Elle ne présente rien d'intéressant dans ses *antécédents héréditaires*. Son père est mort à vingt-huit ans d'une maladie de cœur. Sa mère est morte paralysée. Elle a sept frères et sœurs, tous bien portants, ayant de nombreux enfants, tous en très bonne santé.

Dans ses *antécédents personnels* on trouve une rougeole dans l'enfance. Elle a une fille, actuellement âgée de quatre ans. En avril 1908, elle a eu un accouchement avant terme, à sept mois; l'enfant n'a vécu que vingt-trois jours; aux dires de la mère, il ne présentait rien de particulier.

A la suite de cet accouchement prématuré, elle a eu de l'infection puerpérale et a subi un curettage. A ce moment ses cheveux sont tombés.

La malade déclare formellement n'avoir jamais eu aucune manifestation syphilitique. Elle n'a jamais eu de bronchite. Pendant un séjour en Corse, elle a été atteinte de fièvres paludéennes.

Histoire de la maladie. — Elle est simple et se réduit à ce fait que depuis deux mois la malade souffre dans la tête. Cette céphalalgie était quotidienne, persistante et souvent plus marquée pendant la nuit.

En même temps, la malade aurait maigri d'une façon appréciable.

29 novembre. — Elle entre à l'infirmerie, ne présentant comme symptôme que cette céphalalgie.

30 novembre. — On lui fait une ponction lombaire (4 centimètres cubes). Le liquide est clair et s'écoule avec une vitesse moyenne. La pression manométrique n'a pas été recherchée. Le liquide céphalo-rachidien renferme une petite quantité d'albumine. Après centrifugation électrique pendant un quart d'heure l'examen du culot montre la présence d'une lymphocytose notable (en moyenne 40 éléments par champ), il n'y a pas de polynucléaires. La recherche du tréponème, avec diverses colorations, a été négative.

Dans la journée, la malade a eu une augmentation de la céphalalgie et n'a pu dormir pendant la nuit. Température le soir 38°5.

1^{er} décembre. — La malade présente des signes évidents de réaction méningée. Elle est très constipée depuis plusieurs jours; elle a eu un *vomissement* le matin. Le *ventre est excavé*. Il y a une *raideur de la nuque*, légère mais très nette. La *céphalalgie* persiste au même degré. On note un certain degré de *photophobie* et de la *mydriase*. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La *raie méningitique* est douteuse. Les réflexes ne présentent aucune modification appréciable; il n'y a pas de troubles de la sensibilité objective.

Rien du côté des autres appareils.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Température matin et soir 38 degrés.

On fait à la malade une piqûre avec un demi-centigramme de morphine, et on lui met sur la tête de la glace en permanence. Le tout procure à la malade un soulagement très appréciable.

Bien que le diagnostic semble devoir s'orienter vers celui de méningite tuberculeuse, la malade est mise immédiatement au traitement antisypilitique. On lui fait une injection *intra-veineuse* de 1 centigramme de cyanure de mercure. Elle prend, en outre, 2 grammes d'iodure de potassium dans la journée.

2 décembre. — La malade est dans le même état. Il y a eu encore un vomissement. La rate est nettement accessible à la percussion. *Il n'y a pas de signe de Kernig*. La céphalalgie est la même ; toutefois, la malade a pu dormir un peu. Température le matin 37°2 ; le soir 37°3. *Respiration* 14 à 15 par minute, régulière. *Pouls* régulier 128. La photophobie a un peu diminué. Il y a eu une selle à l'aide d'un lavement. La malade a ses règles.

On lui fait, comme la veille, 1 centigramme de cyanure intra-veineux, et elle prend 2 grammes d'iodure de potassium. En outre, étant donné la notion du paludisme antérieur et l'état de la rate, on prescrit 1 gramme de chlorhydrate de quinine, à prendre en deux fois.

3 décembre. — Un vomissement le matin. Température le matin 36°9 ; le soir 37°5. Un lavement amène des selles dures. Il y a une torpeur assez marquée. La céphalalgie persiste, toutefois, la malade insiste beaucoup sur le soulagement

immédiat que lui procurent les piqûres de cyanure. Il y a un léger degré de stomatite mercurielle. Le ventre est toujours excavé.

La malade éprouve quelques bourdonnements d'oreilles (quinine).

Il n'y a pas de douleur à la pression des apophyses mastoïdes, mais on note, de chaque côté, un *gros ganglion rétro-auriculaire*.

On donne 1 gramme de chlorhydrate de quinine et une injection intra-veineuse de cyanure (1 cgr.).

4 décembre. — Il y a amélioration notable.

La céphalalgie a diminuée.

La malade a dormi, avec un demi-centigramme de morphine.

Pas de vomissement.

La malade se sent nerveuse; elle est moins abattue.

Pouls régulier, respiration normale. Température le matin 36°9; le soir 38 degrés.

Il y a une stomatite assez marquée, surtout sur les bords de la langue, qui est douloureuse. On prescrit des lavages de bouche avec une solution de chlorate de potasse et l'application de bleu de méthylène en poudre. Malgré la stomatite on fait encore 1 centigramme de cyanure de mercure. En outre la malade prend 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

5 décembre. — Un vomissement le matin. Pouls 96, égal, régulier. Respiration 14 avec soupirs et bâillements. Température matin 36°8; soir 37°4.

Céphalée de la nuque et du front; les yeux sont douloureux à la pression. Pas de raideur de la nuque.

Pupilles larges, égales. Raie méningitique beaucoup plus nette qu'au début. Réflexe cutané plantaire faible (en flexion). Réflexe cutané abdominal faible à droite, aboli à gauche. Réflexes rotuliens normaux. Dans *le fond de l'œil* : papilles normales.

Dépression morale et physique très grande. La malade est triste ; elle est obsédée par la peur de mourir. Habituellement elle est gaie.

La stomatite persiste ; on suspend les injections intra-veineuses de cyanure. La malade ne prend plus aucun médicament.

6 décembre. — Amélioration notable. Presque plus de céphalalgie ; pas de vomissement. Une selle avec lavement. Les pupilles sont moins dilatées. La malade prend largement 3 litres de lait par jour. Elle repose assez bien et se déclare contente. Température matin 37 degrés ; soir 36°5.

7 décembre. — Persistance de l'amélioration. Pas de vomissement, plus de céphalalgie. La malade peut se redresser elle-même sur son lit et tourner la tête dans tous les sens. La stomatite est très améliorée. Il y a encore des bourdonnements d'oreilles assez marqués. Température matin 37°4 ; soir 37°2.

8 décembre. — L'amélioration persiste. Il y a encore une légère lourdeur de tête, et toujours des bourdonnements d'oreilles bilatéraux. L'examen de l'acuité auditive, pratiqué sommairement avec la montre, semble déceler une diminution bilatérale assez notable. Pouls 84, régulier. Respiration régulière. Température matin 37°5 ; soir 37°6.

9 décembre. — La stomatite est complètement guérie et l'on reprend les injections de cyanure.

Dans la suite, les symptômes de réaction méningée ont totalement disparu. La malade a continué à recevoir des injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Elle a eu ultérieurement des piqûres d'huile grise et de calomel.

La nature syphilitique de cette méningite, dont l'effet du traitement mercuriel montrait la grande probabilité, a été confirmé dans la suite par deux faits du plus haut intérêt:

1° A la fin de décembre apparut une *éruption papulo-squameuse* généralisée, mais prédominant aux mains et aux pieds et dont la nature syphilitique était évidente ;

2° Au commencement de janvier, l'œil gauche est atteint d'un *iritis* qui se prolonge jusqu'au 15 février et constitue la véritable signature de la vérole.

Ajoutons que l'examen bactériologique du liquide a été négatif ainsi que l'inoculation au cobaye.

OBSERVATION II (Résumée)

(Mauriac. — *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux* [*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. VI, p. 161, 1874].)

Homme de trente-six ans, contracte la syphilis dans les premiers jours de novembre 1868 (pilules de protoiodure) ; le 1^{er} février, roséole. En mai, céphalée très persistante et très vive (huitième mois de la contamination). Il n'existe alors aucun accident du côté de la peau ou des muqueuses. Tout à coup, le malade est pris d'une fièvre assez vive, mais fugace et irrégulière, accompagnée de constipation, de nausées et de vomissements bilieux. Les phénomènes céré-

braux (stupeur, somnolence, céphalée frontale persistante) deviennent plus prononcés.

Les jours suivants l'état morbide cérébral s'accroît de plus en plus : stupeur typhoïde s'élevant quelquefois jusqu'à une dépression, une abolition presque complète de toutes les fonctions cérébrales. Affaiblissement musculaire généralisé. Céphalalgie occipito-frontale. Vomissements alimentaires, plus de fièvre. Pouls 76 à 80, régulier, dépressible. L'adénopathie cervicale, qui avait été très accentuée, avait beaucoup diminué ; ni sucre, ni albumine. Ventre fort déprimé, constipation.

23 juillet. — Amélioration manifeste. Les vomissements continuaient, mais le malade avait repris des forces. Il sort le 15 août, ne conservant plus que quelques étourdissements.

OBSERVATION III (Résumée)

(Guelfo von Sommer. — *Intorno ad un caso noterole di meningite sifilitica* [*Annales de Dermatologie*, 1880].)

Homme de vingt-quatre ans, atteint d'un chancre syphilitique en juillet 1878 ; une éruption papuleuse lui fait suite, que l'on traite par le mercure, puis par l'iodure, que le malade n'a plus cessé de prendre depuis ce moment. Vers le milieu de novembre, de graves symptômes encéphaliques se montrent : douleurs, mydriase, diplopie, stupeur, parésie de la langue et des membres inférieurs, persistance de la sensibilité cutanée ; finalement, mort dans le collapsus.

Autopsie. — On trouve la dure-mère injectée, surtout au niveau de l'apophyse ansiforme du sphénoïde. Des deux côtés

de la faux du cerveau, il y a adhérence de toutes les méninges avec la substance cérébrale. On note également de la turgescence des vaisseaux de la pie-mère et, de plus, un exsudat gélatinoïde aux environs du chiasma, des pédoncules et du pont de Varole. En ces points, la substance cérébrale est œdémateuse. Les parois des ventricules, ramollies, paraissent se dissocier au contact du liquide qui ressemble à du lait caillé, tandis que de larges exsudats opaques et adhérents recouvrent les plexus choroïdes.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Hoffmann. — *Berliner Klinische Wochensch.*, 1901, n° 11.)

Méningite basilaire syphilitique précoce

Homme de vingt-six ans, sans antécédents. Chancre syphilitique en juillet 1900. Traité de suite. Roséole peu abondante. Pendant les premiers jours du traitement le malade éprouva une violente céphalée occipitale et frontale, qui disparut assez vite.

Vers le milieu de novembre violentes douleurs temporales et occipitales, accompagnées de vertige, empêchant le malade de travailler; violentes surtout le matin et le soir. Plusieurs fois il eut des vomissements.

25 novembre. — Il s'aperçoit qu'il a la bouche de travers et qu'il ne peut plus fermer l'œil droit. Il entre à la Charité.

9 décembre. — Depuis trois jours il n'y a pas de vomissements; violentes céphalalgies dans le côté droit de la tête, à la tempe et à l'occiput. Par moment, diplopie.

Organes thoraciques et abdominaux normaux.

Ni sucre ni albumine. Paralysie faciale droite. Les

pupilles sont égales et réagissent paresseusement à la lumière. La parole est embarrassée.

Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Stase pupillaire bilatérale: les vaisseaux sont dilatés, sinueux. Diminution de l'acuité visuelle de 5/10. Du côté droit de la langue, le goût est diminué, surtout en avant. Légère hyperesthésie dans la partie supérieure du trijumeau droit. Parésie du moteur oculaire externe.

Guérison progressive et complète de tous les symptômes, même de la stase pupillaire, sous l'influence du traitement. Le malade ne conserve plus qu'une légère parésie du facial droit et de l'abducens droit.

OBSERVATION V (Résumée)

(Debove. — *Gazette hebdomadaire*, 18 septembre 1901.)

Homme de dix-huit ans, entré à l'hôpital le 20 décembre 1900.

Mai 1900. — Il a eu un chancre syphilitique de la verge, suivi de roséole, syphilides papuleuses, plaques buccales. Il a été soigné au protoiodure de mercure. Actuellement syphilides papulo-squameuses psoriasiformes sur les bras et les jambes. L'urine contient de l'albumine.

Le malade est mis aux frictions; au bout de quinze jours l'albuminurie a disparu et l'éruption s'est presque évanouie.

20 janvier. — Le traitement ayant été interrompu une dizaine de jours, recrudescence des manifestations syphilitiques. On voit, sur les jambes, des syphilides papuleuses, larges de 4 à 5 centimètres reposant sur une base surélevée et présentant une petite escarre noire centrale. Poussée de

plaques muqueuses buccales. C'est dans le cours de cette poussée aiguë et grave des accidents syphilitiques que survinrent les accidents méningés.

25 janvier. — Étourdissements, perte de connaissance. Frisson, fièvre, 39° 2. Délire la nuit.

26 janvier. — Le malade se plaint d'oppression. Rien au cœur ni au poumon. Céphalalgie, raideur de la nuque qui rend impossible tout mouvement de la tête. Température matin 37° 5 ; soir 39° 6.

27 janvier. — Céphalalgie, insomnie, signe de Kernig.

29 janvier. — Malade somnolent, réflexes abolis. Diarrhée avec incontinence des matières. On pratique des injections de biiodure de mercure.

La ponction lombaire donne un liquide manifestement purulent.

30 janvier et jours suivants. — Amélioration progressive, et le 11 mars, le malade peut être considéré comme guéri.

Il a été fait 9 ponctions lombaires. L'examen bactériologique n'a permis de rencontrer aucune espèce de microbe. Les premières ponctions ont donné un liquide tout à fait trouble, qui s'est éclairci progressivement. Les cultures, l'inoculation à la souris n'ont permis de constater aucun microbe.

Les éléments cellulaires étaient constitués par des lymphocytes et des polynucléaires, ceux-ci étant en proportion notable au fort de la maladie.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Porot. — *Lyon médical*, 9 novembre 1902.)

*Syphilis cérébrale précoce et maligne,
d'origine vaccinale. — Méningite basilaire aiguë*

Homme de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 19 avril 1902. Il est porteur de cicatrices de lésions nettement syphilitiques. Il aurait contracté la syphilis quinze mois auparavant, à la suite d'une vaccination faite au régiment, la même lancette servant à tous sans être flambée. Deux ou trois de ses camarades auraient eu des accidents éruptifs graves.

Depuis plusieurs mois, il éprouvait une asthénie croissante avec de violentes céphalées, surtout nocturnes. Il y a six semaines il a dû entrer à l'hôpital de Saint-Chamond, où il a eu de la température (40°) et du délire avec perte de connaissance. Vomissements fréquents, brusques, incoercibles. Puis affaiblissement de la vue avec sensation de brouillard. Diplopie pendant plusieurs jours ; ptosis à gauche.

Au moment de l'examen, le malade ne peut se tenir debout ; il est obnubilé et se plaint de céphalée surtout nocturne. Teint pâle, amaigrissement.

Ptosis complet à gauche avec élévation du sourcil à droite ; paupière un peu tombante aussi. L'œil gauche est dévié en dehors. A droite, parésie nette des muscles innervés par la troisième paire ; à gauche, paralysie très marquée du moteur oculaire externe (VI^e) droit.

Pupilles en mydriase, réagissent faiblement à la lumière et à l'accommodation. Pas de diplopie.

Parésie faciale droite. Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes tendineux forts, avec ébauche de spasmodicité. Au *fond de l'œil*, à gauche, légère décoloration du côté externe de la pupille.

On porte le diagnostic de *méningite basilaire syphilitique* et on institue immédiatement un traitement mercuriel intensif (injections de benzoate de mercure). Amélioration rapide et remarquable. Quinze jours après, la céphalée disparaît, le malade se lève et marche.

Il conserve encore quelques troubles de la musculature oculaire, de l'inégalité pupillaire, de la parésie faciale droite. une faiblesse plus marquée des membres à gauche, avec une exagération manifeste des réflexes du même côté.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Gaillard et d'Elnitz. — Société médicale des Hôpitaux,
12 juin 1903.)

Femme de vingt-deux ans, admise le 4 mai 1903. A été soignée à Saint-Louis pour syphilis ; date du chancre inconnue. Roséole en août 1902 ; traitée par le protoiodure, sans résultat très net.

30 avril et jours suivants. — Céphalée qui devient atroce, intolérable.

4 mai. — Perte de connaissance.

Examen. — Attitude en chien de fusil ; contracture de la nuque ; membres contracturés en flexion ; la malade pousse des cris lorsqu'on cherche à vaincre cette contracture. Strabisme. Pas de ventre en bateau, pas de vomissements. Raie méningitique évidente. Pouls rapide, régulier ; respiration régulière. Température 39°4.

Injection de 2 centigrammes de benzoate de mercure. La malade est inconsciente.

5 mai. — Température 39°7. Même état. Déglutition impossible. Signe de Kernig. Ponction lombaire ; liquide légèrement louche, hypertension modérée, renferme surtout des lymphocytes. Pas de vomissements mais délire, déglutition impossible. Benzoate : 2 centigrammes.

6 mai. — Benzoate. Température 38°8.

7 mai. — La malade se réveille ; céphalée, courbature, pas de vomissements. Déglutition possible ; contracture de la nuque et des membres disparue. Pouls et respiration réguliers. Raie méningitique persistante ; température 37°3. Euphorie. On continue les injections.

19 mai. — Seconde ponction lombaire ; pas d'hypertension, pas de lymphocytose. La malade sort de l'hôpital le 7 juin en excellent état.

OBSERVATION VIII

(Sicard et Roussy. — *Revue neurologique*, juin 1904.)

Homme de quarante et un ans, qui, vers le mois de juin 1903, avait déjà été hospitalisé dans le service pour une céphalée intense, accompagnée de vomissements passagers et de vertiges. La notion nettement établie d'un chancre induré, contracté trois mois auparavant, fit poser le diagnostic d'accidents méningés syphilitiques et commanda la thérapeutique. Des injections d'huile grise furent pratiquées à doses habituelles, et la guérison complète du malade ne tarda pas à survenir. A titre préventif et dans le cours d'une santé parfaite, une nouvelle série d'injections mercurielles

furent pratiquées dans le mois, d'octobre de la même année. C'est durant cette seconde période de traitement, à la quatrième injection d'huile grise, que B... fut amené de nouveau dans le service avec tous les symptômes d'une méningite aiguë à début relativement brusque. Il existait de la céphalée, une certaine raideur de la nuque, du Kernig ; quelques vomissements, rares il est vrai ; du strabisme intermittent. Pas de signe de Robertson. Une ponction lombaire, pratiquée dès l'entrée, confirma le diagnostic par la présence de très nombreux éléments cellulaires : lymphocytes prépondérants, associés à quelques polynucléaires.

Malgré une nouvelle cure mercurielle biiodurée, et vers le sixième jour de l'évolution méningée, apparut brusquement une paralysie des membres supérieur et inférieur droits, accompagnée d'une légère parésie du facial inférieur du côté droit. Il était difficile, étant donné la torpeur intellectuelle du malade, de savoir s'il y avait aphasie ou dysarthrie. Bientôt survint l'exagération de tous les réflexes tendineux, avec Babinski à droite ; les sphincters devinrent incontinents ; la prostration s'accrut et, sans fièvre, sans dissociation du pouls et de la température, le malade succomba après une période comateuse de quelques heures.

Une ponction lombaire, faite deux jours avant la mort, amena une polynucléose avec liquide stérile à la culture et sur lames. (L'autopsie du malade de cette observation a été rapportée au chapitre de l'*Anatomie pathologique* de notre thèse.)

OBSERVATION IX (Résumée)

(Krœnig. — *Dermatol. Centralblatt*, octobre 1905, n° 1.)

Homme de vingt-deux ans, syphilitique. En 1903, il éprouve des douleurs dans la nuque. Lassitude, indifférence, inquiétude. Raideur de la nuque. Abdomen plat, réflexes plantaires augmentés. Température 37°8 ; pouls régulier. Fond de l'œil normal.

Six mois après, le malade revient dans un état analogue, mais plus grave. La pupille gauche est plus large que la droite. Langue déviée vers la gauche. L'examen du fond de l'œil montre, à droite, un gonflement de la moitié temporale de la papille, dont les bords sont flous. Amélioration par le traitement ioduré.

Mais, trois jours après, le malade rentre de nouveau à l'hôpital. Il est obnubilé et souffre d'une céphalalgie violente. Température 36°4. Stase papillaire bilatérale. Réflexes rotuliens forts. Pas de clonus, pas de signe de Babinski. Urines : ni sucre, ni albumine. Obnubilation. Peu de raideur de la nuque. Pas de vomissements. Frictions mercurielles et 5 grammes d'iode par jour.

24 novembre et 3 décembre. — Périodes de confusion et d'agitation.

4 décembre. — Vomissements, convulsions toniques dans les bras, les jambes, le visage. Pupilles dilatées ne réagissant plus à la lumière.

5 décembre. — Ponction lombaire. Pression entre 310 et 500. Les oscillations de pression sont de hauteur normale. Lorsque 7 centimètres cubes sont écoulés, la pression vient

à 156. Liquide clair, renfermant quantité de lymphocytes.
Amélioration progressive ; sortie le 15 janvier.

OBSERVATION X (Résumée)

S. Suchy. — *Wiener medizinische Woch.*, 1906, n° 21.)

Homme syphilitique depuis quatre mois ; a présenté une roséole et des plaques muqueuses à diverses reprises.

Le malade souffre de céphalées violentes et de vives douleurs dans les yeux. Il dit voir avec peine. Les douleurs, violentes surtout la nuit, empêchent le malade de dormir et lui font pousser des cris.

Les os du crâne ne sont pas douloureux à la pression.

Le malade dit que, par instants, il voit tout sombre et que quelquefois il existe des zones obscures dans son champ visuel.

Examen du fond de l'œil. — Des deux côtés, les papilles sont mal délimitées, elles présentent une coloration rouge vif, interrompue par des taches blanches.

Les artères et les veines sont fortement dilatées par le sang. On ne voit pas de plissements des vaisseaux du bord de la papille. En somme, double névrite optique.

Le malade est soumis à l'iodure et aux frictions. Son état s'améliore et la céphalée diminue. La température était restée presque toujours normale, quelquefois subfébrile.

17 décembre. — Deux mois après le début de ces accidents cérébraux l'état du malade se modifie ; il présente de la confusion des idées et de la diminution de la mémoire. Il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent ; il a oublié la date de sa naissance. Il est abattu.

Les pupilles sont dilatées mais réagissent à l'accommodation et lentement à la lumière. Perte des matières et des urines. État d'indifférence et d'apathie allant jusqu'à la stupeur.

5 janvier. — Convulsions dans les membres supérieurs et raideur de la nuque. Tremblement des mains. Pouls arythmique, accéléré. Mort le 7 janvier.

A l'apparition des symptômes cérébraux on aurait essayé des injections de salicylate de mercure, mais elles furent abandonnées, à cause de la douleur qu'elles provoquaient. Il faut noter qu'avant l'apparition de ces symptômes nerveux le malade avait été déjà traité avec des frictions lors de ses accidents cutanés et muqueux.

Autopsie. — Pas d'adhérence entre les os du crâne et la dure-mère, mais celle-ci adhère assez intimement avec les méninges molles. Ce signe, d'après L. Meyer, caractériserait une lésion syphilitique des méninges. Les méninges molles sont troubles et épaisses au niveau des circonvolutions antérieures et postérieures.

En ouvrant le troisième ventricule, on voit que celui-ci est rempli par un liquide teinté de sang.

Les deux couches optiques et les tubercules quadrijumeaux sont transformés en une masse molle blanchâtre. Il y a un épaississement remarquable des parois des artères de la base.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Ravaut et Ponselle. — *Contribution à l'étude des lésions encéphalo-méningées chez le nouveau-né syphilitique* [*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 janvier 1906].)

Enfant de trois semaines entré à la fin de décembre 1903, présentant des signes très nets de syphilis héréditaire. Père syphilitique. Éruption de syphilides papuleuses. Gros foie, grosse rate. De plus, il présentait des symptômes nerveux : convulsions limitées à la face et aux muscles de la nuque et du dos. Plusieurs fois par jour, il était pris de contraction des muscles oculaires se traduisant par du strabisme passager et du renversement des globes oculaires ; les contractions des muscles de la nuque et du dos amenaient fréquemment le rejet de la tête en arrière. Ces crises convulsives duraient quelques minutes et se répétaient à quelques heures les unes des autres.

La fontanelle antérieure était nettement tendue, et l'on apercevait quelques veines superficielles du crâne, plus saillantes qu'à l'état normal.

5 janvier. — Ponction lombaire. Forte tension. Grosse mononucléose, 25 à 30 éléments par champ. Aucun microbe sur lame. Dix jours après l'enfant succombait aux progrès de la cachexie, les phénomènes convulsifs ayant persisté jusqu'à la mort.

Autopsie.—Au niveau du cerveau, congestion très nette de tous les vaisseaux superficiels, des circonvolutions de la face externe, avec léger épaissement de la pie-mère, surtout dans

les régions antérieures des hémisphères. Les nerfs et les vaisseaux de la base sont noyés dans un exsudat séro-fibreux donnant l'aspect d'une toile d'araignée tendue sur cette région ; sur la place correspondante de la base du crâne, même exsudat. Petites hémorragies corticales. Pas de spirochètes dans le tissu cérébro-médullaire. Il en existait, au contraire, un très grand nombre dans les vaisseaux, à leur périphérie, et surtout dans le tissu inflammatoire qui s'était développé dans le voisinage de ces derniers.

OBSERVATION XII (Résumée)

(L. Boidin et Pierre Weill. — *Presse médicale*,

19 octobre 1907.)

Méningite syphilitique secondaire aiguë précoce préroséolique

Homme de dix-huit ans, imprimeur, entré à l'hôpital le 8 août 1906.

Examen du malade. — Il est plongé dans une demi-torpeur, couché en chien de fusil ; se plaint d'une céphalée très vive, répond d'une voix monotone et traînante aux questions qui lui sont posées. Il présente tout à fait l'allure d'un méningitique. Céphalée très vive, constipation, pas de vomissements.

Raideur douloureuse de la nuque. Signe de Kernig très marqué. Ventre en bateau, pas de raie méningitique. Les réflexes tendineux sont abolis aux membres supérieurs et inférieurs. Réflexes cutanés normaux, réflexe plantaire en flexion. Légère inégalité pupillaire. Pas de strabisme ni de

ptosis, pas de photophobie. Réflexe lumineux normal. Dans la nuit le malade a eu du délire.

Température 37°5. Pouls régulier 55. Respiration régulière 22. Urines peu abondantes, renfermant un peu d'albumine.

Le malade est porteur d'un chancre induré à la verge, pas d'autres accidents spécifiques.

Sa femme nous apprend l'histoire des accidents. Début il y a trois semaines (15 juillet) par une céphalée frontale très vive, à maximum nocturne qui va en s'accroissant.

5 août. — Constipation, vomissements. La femme présente la cicatrice d'un chancre vulvaire, elle est en pleine éruption roséolique, avec plaques muqueuses buccales. On fait au malade une injection quotidienne de 1 centigramme de biiodure de mercure.

10 et 11 août. — État méningé identique, température 37°9. Pouls 80.

12 août. — Même état. Apparition d'une roséole discrète.

13 août. — Amélioration de l'état méningé. Pas de délire, le malade sort de sa torpeur; céphalée moins vive, pas de vomissements; constipation moins opiniâtre. Température 37 degrés. La raideur de la nuque et le signe de Kernig sont toujours très nets. Réflexes tendineux toujours abolis. Extension de la roséole.

14 août. — L'amélioration s'accroît, les pupilles sont redevenues égales, les réflexes tendineux ont réapparu aux membres supérieurs; ils sont encore abolis aux membres inférieurs. Il y a encore de la raideur de la nuque, mais le signe de Kernig a considérablement diminué. Pouls 88. Température 37°3.

Amélioration progressive les jours suivants.

Le malade quitte le service le 7 septembre 1906.

Ponctions lombaires. — Quatre ponctions lombaires.

Liquide clair. Lymphocytose aux trois premières ponctions.

Liquide en hypertension.

On fait sans résultat des Ziehl et des Giemsa.

Inoculations négatives.

OBSERVATION XIII

(Gaucher et Malloizel. -- *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907, p. 83.)

Femme de vingt-trois ans ayant contracté la syphilis en juillet 1906, soignée au mois de septembre pour des syphilides papuleuses généralisées, confluentes, sauf sur le cou et la paume des mains; elle n'a pas cessé, depuis, d'être soumise à un traitement mercuriel intensif (pilules, piqûres de benzoate, frictions).

Malgré ce traitement les accidents n'ont pas cessé depuis cette époque et ont revêtu un caractère clinique spécial.

Les éléments papuleux ont disparu partout, sauf sur les avant-bras et la face: en ces points, l'éruption semblait disparaître, quand, brusquement, survenaient des poussées de syphilides papulo-croûteuses, impétigineuses, qui ne cédaient progressivement qu'au bout de quinze jours. Jusqu'à l'heure actuelle, la malade a eu sept poussées successives: fait intéressant, chaque poussée d'efflorescence cutanée était primitivement accompagnée d'un syndrome méningitique brusque, avec *fièvre légère*, caractérisée par une céphalée vive, de la raideur de la nuque, des vomissements

spontanés, de la constipation. Une ponction lombaire, qui soulagea beaucoup la malade, montra une réaction rachidienne très marquée, et surtout une hypertension extrême du liquide céphalo-rachidien ; l'examen ophtalmoscopique montra corrélativement une papillite inflammatoire.

Actuellement, les symptômes cérébraux ont disparu, la névrite optique est en régression, néanmoins la malade a eu le 23 février une nouvelle poussée cutanée.

L'intérêt de cette observation résulte de cette marche cyclique, mensuelle, des poussées éruptives et céphaliques.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Laubry et Giroux. — *Tribune médicale*, 4 janvier 1908.)

Méningite aiguë syphilitique

Femme de vingt-quatre ans, entre le 9 mai 1907 à l'hôpital Saint-Antoine.

A commencé depuis deux mois à ressentir de violents maux de tête, parfois accompagnés de violentes douleurs lombaires ; quelquefois vertiges, bourdonnements d'oreilles et nausées suivies, une ou deux fois, de vomissements.

20 mars. — Crise grave : céphalée frontale, douleurs lombaires très intenses. Les muscles de la nuque et du tronc sont raides, comme ankylosés. Vomissements, courbatures, douleurs irradiant dans les membres inférieurs. Cet état persiste une huitaine de jours.

2 mai. — Dans la rue, elle est prise de vertiges ; elle a par intervalle de la diplopie et voit les objets au milieu d'un brouillard. La marche lui devient de plus en plus pénible, elle est obligée de s'appuyer aux maisons. « On la prend

pour une femme ivre. » Le lendemain soir crise suraiguë : céphalalgie et rachialgie intenses, contracture très nette des muscles de la nuque et du tronc, vomissements alimentaires bilieux, constipation opiniâtre, ventre en bateau, signe de Kernig. Température 38°1 ; pouls 100.

5 mai. — Tableau analogue : on constate, en plus : réflexes forts, signe de Babinski net surtout du côté droit, ptosis droit, sans signe d'Argyll, sans diplopie. Ventre souple, mais vessie distendue, constipation persistante. Rien dans les urines. Malgré l'absence d'antécédents et de stigmates, la malade est mise aux injections mercurielles.

9 mars. — Céphalalgie frontale persistante ; hébétude, la malade répond à peine aux questions. Pour le reste, même tableau que ci-dessus. Signe de Babinski bilatéral.

Diplopie avec strabisme convergent et ptosis de la paupière droite. Pas d'Argyll, mais pupilles paresseuses. Température 37°8 ; pouls 100.

On remarque dans la région frontale gauche, au-dessus de l'arcade sourcilière, une exostose régulière, du volume d'une petite noisette, sensible à une forte pression, dure et que la malade dit n'avoir jamais remarquée.

Injection biquotidienne de 2 centigrammes de biiodure de mercure, plus 2 grammes d'iodure de potassium.

17 mai. — Au bout de huit jours de traitement l'amélioration est déjà manifeste : les douleurs lombaires, les douleurs des membres inférieurs, le strabisme, la diplopie, le ptosis ont disparu.

L'amélioration continue les jours suivants, et après deux séries de 12 piqûres de biiodure, la malade quitte le service. On note seulement la persistance d'une exagération des

réflexes avec léger clonus du pied, l'existence d'un signe de Babinski bilatéral, mais la disparition du signe de Kernig. L'exostose a presque totalement disparu.

Ponctions lombaires. — Trois ponctions lombaires ont été pratiquées. Liquide clair, sans hypertension, légèrement jaunâtre la première fois. Lymphocytose pure, 12 à 15 éléments par champ. Sur les lames ni bacille de Koch, ni tréponème. Inoculations au cobaye négatives.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Gilbert Ballet et Barbé. — Société de Neurologie,
2 avril 1908.)

Un cas de méningite syphilitique avec autopsie

Femme de vingt et un ans, entre le 25 juin 1907, pour une céphalée intense. Elle présente une roséole floride. Le chancre est passé inaperçu. Ponction lombaire le 28 juin. Lymphocytose énorme. Le traitement mercuriel est institué (piqûres quotidiennes de biiodure et 4 grammes d'iodure). Ce traitement calme légèrement la céphalée, mais sans la faire disparaître. Au bout de 20 piqûres, nouvelle ponction qui montre encore de la lymphocytose. Nouvelle série d'injections ; comme la céphalée persiste, on fait une nouvelle ponction lombaire au bout de 20 piqûres ; la lymphocytose persistait encore quoique légère.

Ce n'est qu'au bout d'une troisième série de 20 piqûres que la ponction lombaire montra la disparition de la lymphocytose, et que la céphalée disparut.

Le malade revient à l'hôpital en octobre, se plaignant

d'une céphalée tenace. La ponction lombaire montre l'absence de lymphocytose ; néanmoins, la malade est mise au traitement. A partir du 15 octobre, la céphalée augmenta, accompagnée de quelques troubles délirants, un peu de raideur de la nuque, ébauche de Kernig et légère inégalité pupillaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre l'existence d'une lymphocytose moyenne ; puis les troubles délirants s'accroissent en même temps que la température s'élève. Les pupilles sont paresseuses à l'accommodation. La malade succombe le 25 octobre. (Voir le résultat de l'autopsie au chapitre *Anatomie pathologique*.)

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Claisse et Joltrain. — Société médicale des Hôpitaux, séance du 28 février 1908.)

Méningite aiguë syphilitique avec guérison.

Homme de trente-quatre ans, entré le 29 novembre 1907. Paludisme en 1891. Syphilis en 1898, traitée par le mercure. Il y a six mois, ictus avec perte de connaissance suivie de convulsions épileptiformes et de délire de persécution, puis paralysie de la jambe droite et paralysie faciale droite durant quinze jours.

A son entrée, maux de tête violents et vomissements. Il présente des convulsions épileptiformes. Inégalité pupillaire. Les pupilles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation. Pouls 100 ; température 37°8.

Pas de signe de Kernig. Réflexes normaux.

Délire, hallucinations.

Le lendemain température matin 38 degrés ; soir 39 degrés. Pouls régulier, 120. Constipation. Pas d'albumine. Ébauche de signe de Kernig. Légère contracture des muscles de la nuque.

Ponction lombaire. — Hypertension, liquide clair. Lymphocytose. Examen bactériologique négatif.

Le malade est mis aux piqûres de biiodure et reçoit 10 centimètres cubes d'électrargol intra-rachidien.

Les jours suivants, température 40 degrés. Pouls à 100. Signe de Kernig et raideur de la nuque manifeste. Céphalée intense. Rien au fond de l'œil.

Nouvelle ponction lombaire qui montre, cette fois, de la polynucléose.

4 novembre. — Monoplégie brachiale et paresse du membre inférieur du même côté. Pas de signe de Babinski.

6 et 7 décembre. — Diminution d'intensité dans les phénomènes paralytiques. Température 40 degrés, délire, hallucinations, vomissements à type cérébral. Légère quantité d'albumine.

Nouvelle ponction lombaire suivie d'une injection de mercure colloïdal. Liquide clair, avec hypertension et polynucléose.

Les jours suivants amélioration ; le malade a toujours reçu des piqûres de biiodure.

Une dernière ponction lombaire montre un liquide ne contenant plus que quelques lymphocytes (5 à 6 par champ au lieu de 20).

Le malade sort guéri le 20 décembre, conservant son inégalité pupillaire.

OBSERVATION XVII

(Malloizel et Marcel Nathan. — *A propos d'un cas de syphilis cérébrale précoce* [*Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1908].)

Une femme de trente ans présente, vers le milieu de janvier dernier, un chancre de l'amygdale droite, constaté par son médecin et traité aussitôt par des pilules de protoiodure de mercure.

Malgré ce traitement régulièrement suivi apparaissent, dans le courant de février, des symptômes cérébraux : céphalée violente et continue, vomissements, amnésie progressive, affaiblissement intellectuel de plus en plus marqué. Les pilules sont alors remplacées par des piqûres quotidiennes de biiodure de mercure (1 cgr., puis 2 cgr. par jour).

Le traitement reste sans effet, et le 27 mars suivant, quand cette jeune femme entre dans le service du Dr Gauthier, la situation s'est considérablement aggravée. L'amnésie est complète, l'affaiblissement intellectuel est des plus accentués ; les questions les plus simples sont à peine comprises ; cependant, la malade peut encore tant bien que mal demander à son entourage ce qui lui est nécessaire, mais déjà le membre supérieur droit est atteint de paralysie flasque ; pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles des sphincters. Le traitement consiste en une piqûre de 2 centigrammes de benzoate de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le lendemain, la paralysie a gagné le facial inférieur droit, les deux membres inférieurs, prédominant toutefois à droite ; le signe de Babinski est positif des deux côtés. L'affaiblissement intellectuel est encore plus complet, la malade ne parle plus, elle est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle : on n'entend plus que par moment un cri hydrencéphalique.

Le traitement mixte est continué (benzoate 3 cgr., iodure de potassium 4 gr.). Le 28, le coma s'installe, la paralysie est complète, et les quatre membres sont déjà contracturés.

Le réflexe pupillaire fait défaut, la cornée est complètement insensible. Le 31, la température qui, jusque-là, était restée normale, monte à 39 degrés.

La malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie a montré deux ordres de lésions : thromboses artérielles multiples, méningite de la convexité.

Les thromboses artérielles occupaient le tronc basilaire, les deux communicantes postérieures. Les coupes de Pitres n'accusaient en aucun point ni ramollissement ni foyer hémorragique.

La méningite recouvrait à droite les deux tiers de la face convexe du lobe frontal et débordait largement sur la portion adjacente du lobe pariétal. A gauche, même localisation. La pie-mère était seule intéressée ; elle était fortement vascularisée et offrait un aspect dépoli ; elle était séparée des circonvolutions sous-jacentes par un liquide épais, lactescent, donnant bien l'impression de l'état collodionné décrit par les anatomo-pathologistes.

Les méninges spinales semblaient indemnes.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Queyrat et Demanche. — *Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis humaine* [Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 25 mars 1909].).

Homme de seize ans; syphilis remontant à quatre mois avec éruption de syphilides papuleuses; il a eu douze injections intra-veineuses d'émétique qui ont déterminé l'affaïssement des éléments papuleux.

4 février. — Début du malaise, avec céphalée et nausées. Les jours suivants la céphalée persiste, intense surtout la nuit. Malade pâle, abattu. Constipation. Pouls 60. Bientôt état de torpeur avec subdélire; quelques frissons, état nauséux sans vomissements. Ventre rétracté; température 38 degrés. Pouls à 64, inégal.

Il y a de la photophobie, mais pas d'autres troubles oculopupillaires. Les muscles sont agités de tressaillements et de secousses à la moindre excitation; réflexes rotuliens exagérés; ébauche de trépidation épileptoïde du pied; pas de signe de Kernig; réflexe des orteils normal.

Ponction lombaire. — Vingt centimètres cubes de liquide clair, coulant en jet, très riche en albumine. Forte réaction leucocytaire avec prédominance de polynucléaires.

Injection de 2 centigrammes de biiodure de mercure et, en même temps, friction avec 5 grammes d'onguent napolitain. Température 37 degrés.

12 février. — Malade plus éveillé, parle mieux. Il y a

encore de la céphalée et des nausées. Un peu de raideur du rachis. Ébauche du signe de Kernig. Réflexes rotuliens normaux; urines normales. Température matin 37°2; soir 38 degrés. Pouls 60. Frictions à l'onguent napolitain.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore. On continue les frictions.

Deux autres ponctions lombaires montrent la persistance de la réaction leucocytaire.

OBSERVATIONS XIX et XX (Résumées)

(W. Cettinger et H. Hamel. — *A propos de deux cas de méningites aiguës syphilitiques* [Gazette des Hôpitaux, 29 avril 1909, p. 609].)

I. — Homme de trente ans, entre le 8 janvier 1909. Syphilis remontant à 1901, traitée pendant un mois par les pilules de protoiodure. En janvier 1908, phénomènes paralytiques intermittents des mains. En juillet de la même année, ictus et paralysie du membre supérieur gauche. Le malade reçoit 24 injections d'huile grise.

6 janvier 1909. — Malaises, courbatures; secousses gagnant à gauche l'avant-bras, puis le bras; à ces phénomènes convulsifs succède une paralysie avec contracture.

7 janvier. — Le malade tombe dans le coma.

9 janvier. — Examen du malade. Pas de raideur de la nuque, mais déviation de la tête et des yeux vers la droite. Membres contracturés avec exagération des réflexes. Raie méningitique. Pas de signe de Babinski.

Ni sucre ni albumine. Pas de signe de Kernig. Pupilles en

mydriase, réagissant mal à la lumière, Température 38° 8.
Pouls 100.

Injection de 0 gr. 05 de calomel. Ponction lombaire : liquide trouble, tension normale, contenant des lymphocytes, des mononucléaires et 50 0/0 de polynucléaires.

Le malade reçoit une série d'injections de calomel. Il reprend rapidement conscience.

Les contractures s'améliorent, mais les troubles sphinctériens persistent assez longtemps.

1^{er} février. — Vive agitation avec délire ; on remarque une éruption d'éléments syphilitiques dans le dos.

6 février. — Violente céphalée nocturne. Une seconde ponction lombaire montre un liquide clair avec 4 ou 5 lymphocytes par champ de microscope.

12 février. — La céphalée a disparue. L'incontinence des sphincters disparaît également, mais l'éruption syphilitique s'étend sur les jambes, papulo-squameuse.

15 mars. — Le malade se lève et marche, mais garde de la parésie gauche. Réflexes normaux. Parole lente et monotone ; pupilles inégales ; réflexe à l'accommodation, normal ; réflexe lumineux très diminué.

II. — Femme de dix-neuf ans. Entre le 12 janvier 1909, avec des troubles délirants. Soignée depuis dix mois à Saint-Louis pour accidents syphilitiques, par le protoiodure en pilules.

Depuis huit jours, céphalée vespérale et délire nocturne. En même temps, vomissements à type cérébral et constipation opiniâtre.

13 janvier — La malade ne délire plus, mais se plaint de céphalée. Elle a vomi. Pouls 64. Réflexes normaux. Ni rai-

deur de la nuque, ni signe de Kernig. Les yeux réagissent bien à la lumière mais présentent une ébauche de signe d'Argyll Robertson.

15 janvier. — Ponction lombaire; liquide clair, hypertension. Lymphocytose (15 à 20). Pas de tréponème.

18 janvier. — Agitation, délire. Céphalée presque intolérable, que calme une ponction lombaire. (Même formule.)

19 janvier. — Huile grise.

20 janvier. — Huile grise.

1^{er} février. — La céphalée reparait : injection de calomel.

5 février. — Aphasie brusque. Vomissements. Céphalée. Température 38°5.

Troisième ponction lombaire. Liquide trouble contenant des éléments très nombreux (lymphocytes, mono et polynucléaires).

Les jours suivants, alternatives d'amélioration et d'aggravation.

27 mars. — Ponction lombaire suivie d'une injection de mercure colloïdal.

Quarante centimètres cubes de liquide trouble, en hypertension; 40 à 50 éléments par champ d'immersion. Nombreuses cellules endothéliales. Pourcentage :

Lymphocytes	33
Mononucléaires	11
Polynucléaires	56

On injecte dans le canal rachidien 6 centimètres cubes de mercure colloïdal isotonique contenant en tout 3 milligrammes de mercure métallique.

Aussitôt après l'injection : douleurs occipitales intenses,

vomissements, douleurs dans la région du sacrum, avec irradiation dans le domaine des nerfs du plexus sacré.

Cinq heures après l'injection la céphalée a disparu, mais douleurs très vives persistant dans le domaine du sciatique. Température 38°8.

28 mars. — Miction impossible, nécessitant le cathétérisme.

1^{er}-5 avril. — Amélioration complète. La malade se lève.

La ponction lombaire montre une lymphocytose de 18 à 20 éléments par champ microscopique.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Noël Goujat. — Thèse de Lyon, 1910.)

Homme de vingt-huit ans, entré à l'hôpital le 27 juin 1906 pour une éruption généralisée. Il a eu un chancre de la verge, il y a quatre mois, et n'a fait aucun traitement. Son éruption, assez confluyente, est papulo-croûteuse, il a en même temps des plaques muqueuses de la bouche. Le malade est mis aux frictions.

14 août. — Apparaît de la raideur de la nuque. On lui donne 2 grammes d'iodure.

21 août. — Un peu d'obnubilation. On apprend que depuis plusieurs jours il a eu des vomissements. Raideur de la nuque très accentuée. Signe de Kernig. Position en chien de fusil. Constipation. Raie méningitique. Pouls 48, respiration régulière. Pas de troubles oculaires. On fait une injection d'huile grise et on continue l'iodure.

23 août. — Température matin 39°9; soir 38°4.

24 août. — Obnubilation, céphalée intense. Perte des matières, photophobie, persistance du Kernig.

Ponction lombaire. — Dix centimètres cubes d'un liquide un peu louche. Polynucléaires 86. Lymphocytes 14. On ne découvre pas de tréponème.

25 août. — Amélioration. Céphalée diminuée, pas de vomissements. Pouls 68, température matin 37 degrés ; soir 37°2.

26 août. — Grande amélioration, sauf la raideur de la nuque qui persiste.

27 août. — Même état. Un vomissement. On fait une nouvelle injection d'huile grise. Les jours suivants l'amélioration persiste et le malade sort guéri le 19 octobre.

14 novembre. — Reprise de la céphalée. Le malade refuse d'entrer à l'hôpital. On lui donne des pilules de protoiodure.

20 novembre. — On l'amène à l'hôpital avec une hémiplegie droite avec dysarthrie. Exagération des réflexes. Signe de Babinski. Un peu de raideur de la nuque. Douleurs vives dans la région lombaire. Pas de paralysies oculaires. Secousses lentes de nystagmus. Pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Constipation. Pouls 62. Ni sucre, ni albumine. Le malade est mis aux frictions, à l'huile grise et à l'iodure de potassium. Il conserve une hémiplegie droite avec contracture.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(J. Billet. — Société médicale des Hôpitaux de Paris,
13 mai 1910.)

Méningite aiguë chez un hérédo-syphilitique. — Guérison

Garçon de onze ans, quelques jours après la terminaison d'une rougeole normale, commence à souffrir de la tête et à vomir ; en même temps constipation, puis tristesse, abattement, température 37°7 ; un peu de raideur de la nuque ; ébauche du signe de Kernig. Respiration irrégulière ; pouls 55. Les jours suivants, ces symptômes persistent en s'accroissant ; le ventre se rétracte, la raie méningitique est nette. Rien dans les urines. Fond de l'œil normal. Pupilles normales, réagissant bien. Réflexes rotuliens légèrement exagérés.

Le père ayant eu en 1906 une lésion qualifiée de gomme syphilitique de la région frontale, l'enfant est mis aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium. Amélioration rapide et progressive aboutissant à la guérison. La ponction lombaire a été négative à tous points de vue. Pas de lymphocytose. Inoculations négatives.

La réaction de Wassermann sur le sang a été *très nettement positive*.

CONCLUSIONS

I.— La méningite syphilitique aiguë est intéressante à connaître parce qu'elle constitue une complication des plus importantes de la syphilis secondaire, et aussi en raison de ce fait qu'elle représente, au premier chef, le type de ces affections pour lesquelles un diagnostic précoce est la condition indispensable d'un traitement efficace.

II.— Elle est plus fréquente qu'on ne l'a pensé autrefois, et surtout mieux connue depuis l'emploi méthodique de la ponction lombaire. Elle apparaît généralement chez des malades en puissance de syphilis secondaire, le plus souvent porteurs d'accidents cutanés d'intensité variable. C'est donc une complication précoce de la syphilis.

III.— La symptomatologie de la méningite syphilitique aiguë emprunte ses éléments au syndrome méningé classique et l'infection causale ne lui imprime aucun caractère spécifique, à quelques nuances près. La ponction lombaire elle-même ne peut servir, par une formule cytologique particulière, à différencier la réaction méningée de la syphilis secondaire d'avec les réactions méningées tuberculeuses ou autres. Nous faisons exception pour la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. L'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye présentent un intérêt incontestable mais

que rend théorique la nécessité d'un traitement rapide.

IV. — Les observations publiées produisent un certain nombre de cas de mort. Cependant, sans nier le caractère sérieux de cette complication de la syphilis, il ne faudrait pas considérer comme très sombre le pronostic de la méningite aiguë syphilitique. Celle-ci, dans la grande majorité des cas, ne reste pas indifférente à un traitement bien compris.

V. — Le diagnostic de réaction méningée étant établi, sa nature syphilitique s'affirmera d'après les antécédents du malade, les lésions qu'il peut présenter, la réaction de Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; on n'oubliera pas, toutefois, la possibilité d'une méningite tuberculeuse chez un syphilitique. Dans les cas douteux il est de toute nécessité de mettre le malade au traitement mercuriel.

VI. — Le traitement symptomatique sera celui de toutes les méningites. Le traitement mercuriel devra être précoce et intensif. Nous donnons la préférence aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Vu : le Président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen,

L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BALLET et BARBÉ. — *Un Cas de méningite syphilitique aiguë avec autopsie* (*Revue neurologique*, 15 avril 1908).
- BENSAUDE et RIVET. — *Un Cas de méningite aiguë syphilitique* (*Archives générales de Médecine*, 1^{er} novembre 1904, p. 276).
- BILLET. — *Méningite aiguë chez un hérédo-syphilitique. Guérison* (*Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mai 1910).
- BOIDIN et WEILL(P.). — *Méningite syphilitique secondaire aiguë précoce,préroséolique* (*Presse médicale*, 19 oct. 1907).
- BONNET. — *Lyon médical*, 19 décembre 1905, p. 1095.
- BONNET et GOUJAT. — *La Méningite syphilitique aiguë* (*Lyon médical*, 1910, p. 549-566).
- BRISAUD et BRÉCY. — *Symptômes de méningite aiguë. Guérison par le traitement mercuriel*. Société médicale des Hôpitaux, 14 mars 1902.
- CARRIEU. — *Des Injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal électrique dans le tabes et les méningomyélites chroniques* (*Journal des Praticiens*, 19 déc. 1909).
- CLAISSE et JOLTRAIN. — *Méningite syphilitique aiguë avec guérison* (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 4 mars 1908).
- DE COUX. — *Essai de classification des méningites syphilitiques aiguës*. Thèse de Paris, 1908.
- CROUZON et VILLARET. — *Un Cas de méningite syphilitique aiguë*. Société de Biologie, 20 juin 1908.

- DEBOVE et CASTAIGNE. — *Les Méningites cérébro-spinales. A propos d'un cas de méningite syphilitique* (Gazette hebdomadaire, 18 septembre 1901).
- DROUET. — *Méningites syphilitiques aiguës*. Thèse de Paris, 1904-1905.
- GAILLARD et CELNITZ (d'). — *Un Cas de méningite syphilitique aiguë* (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 2 juin 1903).
- GAUCHER. — *Syphilis du système nerveux*. Paris, 1910.
- GAUCHER et MALLOIZEL. — *Syphilis secondaire, rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées, accompagnées d'accidents méningés* (Bulletin de la Société de Dermatologie, 1907, p. 83).
- GAUTHIER (Paul). — *Guérison et curabilité des méningites aiguës*. Thèse de Lyon, 1909.
- GOUJAT. — *Les Méningites syphilitiques aiguës ou subaiguës*. Thèse de Lyon, 1909-1910.
- GUINON. — *Méningite aiguë à pneumocoques chez un hérédo-syphilitique de trois semaines*. Société médicale des Hôpitaux, 14 juin 1901.
- HOFFMANN. — *Zur Meningitis basilaris syphilitico præcox* (Berliner Klinische Woch., 1901).
- KROENIG. — *Die Bedeutung der lumbol punctum für die exsudative syphilis-meningitis* (Dermatolog. Centralblatt, 1905, IX, n° 1).
- LAUBRY et GIROUX. — *Méningite syphilitique aiguë avec guérison* (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 4 mars 1909).
- LEVADITI, RAVAUT et JAMANOUCI. — *Localisations nerveuses de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien*. Société de Biologie, 1908.
- LÉVY-BING et LÉVY (G.). — *Les Injections intra-rachidiennes de sels mercuriels* (Annales des Maladies vénériennes, août 1910).

- MAURIAC. — *Syphilis cérébrale précoce* (*Gazette hebdomadaire*, 1876).
- *Mémoire sur les Affections syphilitiques précoces des centres nerveux* (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1874).
- MALLOIZEL et NATHAN. — *Sur un Cas de syphilis cérébrale précoce* (*Annales des Maladies vénériennes*, 1908).
- MILIAN. — *Céphalée syphilitique et ponction lombaire* (*Tribune médicale*, 1903).
- Article : *Méningites syphilitiques* dans : Gaucher, *Syphilis du système nerveux*. Paris, 1910.
- MOIGNET. — *Traitement des méningites syphilitiques aiguës*. Thèse de Paris, 1909.
- CETTINGER et HAMEL. — *A propos de deux cas de méningite aiguë syphilitique* (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1909.)
- POROT. — *Syphilis d'origine vaccinale ; méningite basilaire aiguë* (*Lyon médical*, novembre 1902).
- QUEYRAT et DEMANCHE. — *Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis*. Société médicale des Hôpitaux, 9 mars 1909.
- RAVAUT et DARRÉ. — *Étude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire* (*Gazette des Hôpitaux*, 11 février 1907).
- RAVAUT et PONSELLE. — Société médicale des Hôpitaux, 12 janvier 1906.
- SCHNEIDER et SPICK. — *Étude du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite syphilitique aiguë mortel*. Société de Biologie, 17 octobre 1908, p. 292.
- SÉZARY. — *Le Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire*. Société de Biologie, 10 avril 1908.
- SICARD et ROUSSY. — *Un Cas de méningite syphilitique, suivi d'autopsie* (*Archives de Neurologie*, juin 1904).

SUCHY. — *Un Cas de méningite syphilitique aiguë précoce*
(*Wiener Med. Wochenschr.*, 1905, n° 21).

WIDAL et LE SOURD. — *Méningite aiguë. Guérison par le traitement antisypilitique.* Société médicale des Hôpitaux de Paris, 27 février 1902.

